



UNIVERSIDADE DO MINHO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Autor: Joana Maria Costa, N.º 2757



UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Autor: Joana Maria Costa, N.º 2757

Mindelo, 2015

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Deus, pelo dom da Vida e por me ter ajudado a vencer obstáculos que apareceram durante toda esta minha caminhada, sem Ele nada seria possível.

Aos meus queridos filhos, Joel, Xakira e Leo, pelo amor, carinho e compreensão, por lhes ter roubado quatro anos de convivência e cuidados.

Á minha querida mãe, Maria Rosa, pelos ensinamentos de ouro, que muito bem soube me transmitir.

Aos meus queridos irmãos, que sempre acreditaram em mim e me motivaram para continuar, mesmo nos momentos onde a penumbra pairava no ar.

Á Mestre Maria do Carmo Monteiro, que aceitou me orientar, agradeço as sábias orientações. Ainda, pelo carinho, atenção e paciência que me disponibilizou, ao longo de todos esses anos e principalmente nos últimos meses.

Á Dra. Roza Elina Pazos, Coordenadora do curso de Psicologia, que, em muitos momentos de tristeza, soube me estender a mão e dizer “força menina, tu chegas lá”. Para si, muito obrigada por seres esta alma humana que és.

Á todos os meus professores e professoras, por partilharem do vosso conhecimento e experiência connosco, à todos vocês, meu muito obrigado.

Á turma inteira, que me acolheu e apoiaram-me na chegada, especialmente ao Dénis que disponibilizou-me todo o material de apoio.

Ao Gabriel e a Elisangela, pelos bons e maus momentos académicos que juntos partilhamos. Para vocês, meu apreço de carinho.

Finalmente, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, fizeram com que meu sonho se concretizasse.

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu querido pai que, apesar de ter partido desde os meus sete anos, sempre esteve presente e me acompanhou ao longo da minha vida, como meu anjo da guarda.

RESUMO

O presente Relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas durante o período de Estágio, efetuado no Gabinete de Apoio à Vítima do Comando Regional da Polícia Nacional de São Vicente, durante os meses de Novembro do ano de 2014 ao Maio do ano de 2015, enquadrado no âmbito do programa de conclusão de Licenciatura do Curso de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Mindelo.

Narra-se as actividades desenvolvidas, dando destaque a avaliação e intervenção psicológica de dois estudos de casos clínicos, bem como a caracterização teórica e compreensão dos mesmos. Foca nas intervenções em grupo realizadas, com agressores de Violência Doméstica. Apresenta-se também a caracterização do Gabinete de Apoio à Vítima, local onde decorreu o estágio e por fim apresenta-se as principais conclusões.

ABSTRACT

This report aims to describe the activities performed during the internship completed in the Victims Support's Office of the Regional Command of the National Police of São Vicente, from November 2014 to May 2015, within the program of conclusion of the Degree on Clinical and Health Psychology of the Universidade do Mindelo.

It illustrates the developed activities, highlighting the evaluation and psychological intervention of two clinical study cases and the theoretical characterization and understanding of them, focusing on group interventions realized with abusers of Domestic Violence.

It is also presented the description of the Victims Support's Office, the location where the internship has been done and finally presents the main conclusions.

SIGLAS

VBG – Violência Baseada no Género

VD – Violência Doméstica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ICIEG – Instituto Caboverdeano para Igualdade e Equidade de Género

PN – Polícia Nacional

ICCA – Instituto Caboverdeano da Criança e do Adolescente

ADCF – Associação dos Direitos da Criança e da Família de Cabo Verde

CAPS-AD – Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Droga

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
CAPÍTULO I. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	3
1.1-Histórico e Funcionamento da Instituição	3
1.2- Caracterização Física da Instituição	4
1.3- Organização e Hierarquia	5
1.4-Missão.....	5
1.4- Recursos Humanos e Materiais	5
1.5- Caracterização do Gabinete de Apoio a Vítima.....	5
1.5.1- Parcerias.....	6
1.5.2- Objetivo	6
1.5.3- Funcionamento do Gabinete	6
1.5.4- Processo de Atendimento Às Vítimas (Denúncia)	6
CAPÍTULO II. INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE ESTÁGIO	8
2.1- Intervenção Comunitária- Comunidade de São Pedro	8
CAPÍTULO III. APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASOS	19
3.1- Justificação da escolha dos casos	19
3.2.2- Modelos de Compreensão da Depressão.....	21
3.8.6- Situação Atual	44
3.14- Técnicas Utilizadas na Intervenção de casal.....	54
CONCLUSÃO.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	Erro! Marcador não definido.

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem por objetivo demonstrar o resultado do estágio, efetuado no Gabinete de Apoio à Vitima, da Esquadra Policial do Mindelo, do Comando Regional da Policia Nacional de São Vicente, enquadrado no âmbito do estágio curricular como condição para obtenção do Grau de Licenciatura no Curso de Psicologia na Universidade do Mindelo.

O estágio decorreu num período de sete meses (Novembro a Maio), numa vertente teórico-prático, com o propósito de integrar os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, preparando assim, o futuro profissional para a função de Psicólogo Clínico e da Saúde.

As atividades desenvolvidas durante o período do estágio bem como os estudos efetuados, tiveram como pressuposto, mitigar a curiosidade científica da estagiária e consolidar os ensinamentos teóricos através da prática psicológica, como forma de se estabelecer como futuro profissional da Psicologia Clínica e da Saúde.

O trabalho realizado encontra-se dividido em três partes distintas, conforme abaixo se descreve.

Na primeira parte, faz-se a caracterização geral da Instituição acolhedora da estagiária, em específico do Gabinete de Apoio à Vítima da Esquadra do Mindelo, local onde decorreu o estágio.

Na segunda parte, fez-se a exposição das actividades realizadas no âmbito de intervenção comunitária, destacando-se a criação de um grupo reflexivo para agressores em violência doméstica.

Na terceira parte, apresenta-se dois estudos de casos com a devida fundamentação, avaliação e intervenção psicológica, e compreensão dos mesmos.

No final, apresenta-se a conclusão geral de todo o processo relatado.

CAPÍTULO I.

CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1-Histórico e funcionamento da Instituição

A história policial remonta desde os primórdios da humanidade. Com o surgimento dos primeiros grupos sociais houve a necessidade da criação de uma força capaz de manter e repor a ordem na sociedade, isto porque a desordem é próprio do homem, que enquanto ser social, diverge do seu semelhante.

Em Cabo Verde, há quase um século e meio que essa força foi implementada na nossa sociedade, mas, nem sempre ela foi o que é hoje.

Assim, no dia 28 de Julho de 1870 o Governador-Geral Caetano Alexandre de Almeida Albuquerque lavrava no quartel-general do Governo da província, sito na cidade da Praia, Ilha de Santiago, a portaria nº 194, publicado no boletim oficial de 30 de Julho daquele ano, na qual nomeava uma comissão presidida pelo então Presidente da Câmara Municipal desta Cidade, Sr. Venceslau Frederico de Quental e Silva, o bacharel Alfredo Troni e o cidadão António Júlio Pardal, para estudar e propor ao Governo-Geral, um regulamento ao referido corpo da Polícia.

Este acto marca o início de um processo que viria culminar dois anos mais tarde, ou seja, nas vésperas do Natal de 1872. O já citado Governador-Geral, emitiu a portaria nº 433, sustentando que, "...o grau de desenvolvimento e de progresso atingido pela cidade da Praia de Santiago, exige que nela se organize um serviço de harmonia com o seu estado de adiantamento, e destinado a velar pela ordem e segurança pública e pelo cumprimento das prescrições policiais em vigor".

Oito anos depois, isto é, a 7 de Outubro de 1880 e, por determinação de um outro Governador-Geral que respondia pelo nome de António do Nascimento Pereira Sampaio, no sentido de acompanhar o ritmo do aumento da população e o alargamento do povoamento as outras ilhas, o então corpo da polícia da Praia, cede lugar à companhia de

Polícia de Cabo Verde. Estas, ficando albergada na cidade da Praia e no Cidade do Mindelo.

Várias alterações e modificações ocorreram na orgânica da corporação policial, com prevalência de uma estrutura essencialmente de cariz militar. A mudança mais significativa verificada no seio desta instituição ocorreu no ano de 2006, onde a estrutura policial foi reformulada, dando lugar a um corpo único, denominado Polícia Nacional (PN) conservando os diferentes sectores existentes, em função dos domínios de atuação. Ou seja, continua existindo os diferentes ramos de Polícia (Marítima, Fiscal, Ordem Pública e Florestal) fazendo parte de única força de ordem, com campos específicos de atuação para os quais são especializados, sob a direção hierárquica de um único Comandante, o Diretor Nacional da PN.

No ano de 1995, dá-se o lançamento da primeira pedra para a construção das instalações do edifício do Comando Regional de São Vicente da Polícia Nacional.

Em 06 de Maio de 1998, inaugura-se a referida instalação. O acto foi presidido pelo então primeiro-ministro.

1.2- Caracterização Física da Instituição

O Comando Regional da Polícia Nacional de São Vicente encontra-se dividido em vários sectores, conforme abaixo se descreve.

No primeiro piso, funciona a Esquadra Policial do Mindelo, o PBX do Comando, o Gabinete do Comandante Regional Adjunto, o Gabinete do Comandante da Esquadra Policial do Mindelo, o Gabinete de Apoio à Vítima, os Serviços de Estrangeiros e Fronteira, o Consultório Médico, o Serviço de Logística, e a Cantina. No segundo piso, funciona a Secretaria, o Serviço de Operações e Comunicações, o Gabinete de Estatísticas e Planeamento, a Sala de Formação, e o Gabinete do Comandante Regional.

No anexo oposto, funciona a Esquadra de Trânsito, e a Cantina Social. Junto a este, funciona o Corpo de Intervenção e Protecção de Entidades (CIPE), o Serviço de emergência (132) e a Esquadra de Piquete.

1.3- Organização e Hierarquia

A organização da PN rege-se pelo princípio hierarquia de funções, distribuída por três grandes Classes: as de Agentes, de Subchefes e de Oficiais (remete-se ao anexo I).

1.4-Missão

A PN tem como principal papel defender a legalidade democrática, prevenir a criminalidade, garantir a segurança interna, a tranquilidade pública e o exercício dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

1.4- Recursos Humanos e Materiais

Dos meios humanos, o Comando dispõe de um batalhão de homens e mulheres, num total de duzentos e quarenta e seis elementos, sendo vinte mulheres e o restante homens. A carência de recursos humanos é visível tendo em conta o número populacional da ilha, que ronda os 76.110 habitantes para 246 efectivos policiais, num rácio polícia cidadão de 1/309, respectivamente. A nível material, esta Instituição tem-se defrontado grandes problemas de meios materiais, nomeadamente meios de transporte (carros, motos, bicicletas barcos de patrulha marítima), o que dificulta ainda mais o exercício das suas funções.

1.5- Caracterização do Gabinete de Apoio a Vítima

O Gabinete de Apoio à Vítima encontra-se situado no primeiro piso direito do corredor principal após entrada no edifício do Comando Regional da Polícia Nacional de São Vicente.

Foi inaugurado pela Ministra de Justiça, Dra. Cristina Fontes Lima, em 25 de Novembro de 2005, no Hospital Baptista de Sousa, tendo recebido o nome de **“Gabinete de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica” (GAV)**, funcionou inicialmente, contando com o efectivo de uma jurista e de uma agente da polícia.

Porém, dadas as precárias condições de funcionamento, nomeadamente à garantia da privacidade das vítimas, em Outubro de 2006, o Gabinete foi transferido para o Comando, onde passou a funcionar contando com uma equipa multidisciplinar (1 Jurista, 1 Psicóloga, 1 Assistente Social e 3 elementos Policiais), passando a estar mais preparada para a demanda da população.

1.5.1- Parcerias

O Gabinete de Apoio à Vítima com dependência direta do Comando Regional da PN de São Vicente, em parceria com Ministério da Justiça, o ICIEG, Associação pelos Direitos da Criança e da Família de Cabo Verde (ADCF), Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente (ICCA), juntos têm envidados esforços em campanhas de sensibilização sobre a violência doméstica, procurando mobilizar a opinião pública e criar a consciência de que a violência doméstica é socialmente intolerável e psicologicamente desagregadora.

1.5.2- Objetivo

A criação do gabinete tem por objetivo dar resposta às solicitações das vítimas que procuram apoio, oferecendo-lhes um atendimento personalizado de forma a lhes garantir conforto e segurança. Ainda, combater a fenómeno de Violência Baseada no Género, nas suas diversas vertentes (social, económico, psicológico).

1.5.3- Funcionamento do Gabinete

O Gabinete funciona no horário normal de expediente, das (08:00 às 16:00), de Segunda à Sexta-feira. Nos finais de semana e feriados o suporte do serviço é efectuado pelas Esquadras, que posteriormente, encaminharão as Denúncias recebidas ao Gabinete para o devido tratamento. Atualmente, para além deste, foram criados mais dois Gabinetes que se localizam, nas Esquadras de Monte Sossego (aberto desde Março de 2014) e de Investigação e Combate a Criminalidade (EICC), em Fonte Inês, (aberto desde Março de 2015). E nesta, o Gabinete tem também a função de coordenar os restantes Gabinetes.

Neste momento, devido a carências de efetivos, todos os Gabinetes funcionam apenas com elemento Policial.

1.5.4- Processo de Atendimento Às Vítimas (Denúncia)

Ao apresentarem-se no Gabinete, faz-se uma pequena entrevista de triagem, para se inteirar do historial de violência e tomar conhecimento das reais necessidades da vítima e discernir quais os procedimentos que melhor se adequam a situação que se nos apresentam.

Em caso de agressão física e/ou sexual, ela é encaminhada aos serviços de saúde para tratamento médico, mediante uma Guia, que posteriormente servirá como meio de prova material da agressão e do grau de danos físicos sofridos, para fins judiciais, definidos em

diplomas próprios. Caso a vítima não careça de tratamento médico, faz-se o registo da denúncia, que, de seguida, se remete para Ministério Público.

Havendo necessidade, faz-se o encaminhamento da vítima para outros serviços, nomeadamente, à Casa do Direito, Delegacias de Saúde, Serviço de Promoção Social, Câmara Municipal, para receberem apoios, Psicológico, Jurídico, Social, entre outros.

CAPÍTULO II.

INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE ESTÁGIO

As atividades realizadas no âmbito do estágio tiveram como finalidade o desenvolvimento de procedimentos específicos, no campo da Psicologia Clínica e da Saúde, no âmbito de avaliação e intervenção psicológica, aconselhamento e promoção da saúde, e bem-estar psicossocial.

2.1- Intervenção Comunitária- Comunidade de São Pedro

Projecto “Saber para Agir”

Atividade desenvolvida em forma de conversa aberta, teve como objetivo consciencializar a comunidade sobre a problemática da Violência doméstica e suas consequências. Dar conhecimento da lei de Violência Baseada no Género e do Gabinete de Apoio à Vitima, das suas diversas formas de acesso e serviços prestado.

Foi realizada no dia 24 de Março de 2015, com cerca de 15 participantes, de ambos os sexos. Teve início as 16 horas, uma hora de atraso em relação ao previsto (15 horas), devido a fraca adesão do público residente.

Ficou patente a necessidade de trabalhar esta comunidade, que por ser pequena, possui características peculiares difíceis de serem removidas. Necessita de intervenções profundas, constantes e multidisciplinares com vista a promover a libertação progressiva do sistema tradicional da convivência social no qual ainda se mantem a forma de ser e estar muito conservadora.

A referida acção foi realizada/promovida pelas estagiárias de Psicologia e de Ciências sociais, do Gabinete.

Durante a atividade foi realizado exposição de conteúdos (folhetos informativos, vídeos), versando sobre questões de género, desmistificando conceitos de género e sexo, apresentada pela estagiária de ciências sociais. Seguidamente foi apresentada a lei de violência baseada no género, esclarecendo as diversas formas de apresentar uma denúncia quando se toma conhecimento de casos de violência e, por fim, apresentou-se o impacto psicológico da violência doméstica no ambiente que decorre a violência e suas consequências sociais. Posteriormente, fez-se passar um pequeno vídeo ilustrando situações

de violência doméstica. Finalmente abriu-se a plenária para troca de experiências e conhecimento.

A experiência foi muito enriquecedora pela participação dos presentes, deixando patente a preocupação dos mesmos, relativamente ao fato de serem uma comunidade pequena, na qual o laço de união familiar é predominante. Pôs-se ainda a preocupação, do meio proporcionar um fraco nível de confidencialidade, tanto por parte da comunidade onde pertence o denunciante como por parte do atendedor (Agente policial) em casos de denúncias anónimas, o que causa um efeito inibidor naqueles que queiram colaborar no combate a Violência Baseada no Género. (remete-se ao anexo V)

2.2- Intervenção nas Comunidades Educativas e de Ensino

Projeto “Educar para a não-violência” – Escola João José dos Santos

Atividade realizada na Escola do Ensino Básico João José dos Santos, foi preparado para ser exposto há professores, pais e encarregados de educação. Tal não foi possível de concretizar, pois, ao se chegar ali, deparou-se com cerca de cem alunos da 5ª e 6ª classe no pátio da referida escola aguardando para receber o conteúdo, ao contrário do que havia sido previamente combinado com a direcção. Houve necessidade de adaptação imediata do conteúdo à classe presente, pelo que se fez a necessária adequação, versando o tema Violência na família versus *Bulling* e seu impacto no desempenho escolar.

A actividade foi realizada no dia 14 de Maio, com início às 15 horas, conforme previamente estabelecida. Houve perguntas de esclarecimento sobre formas de dar conhecimento às autoridades competentes de casos de violência.

Ficou evidente a preocupação das crianças, relativamente a situação de violência que faz parte da vivência do seu quotidiano social e familiar e o exercício do direito de cidadania como parte da responsabilidade social. No final chegou ao nosso conhecimento por intermédio de um dos participantes, de que possivelmente uma criança vinha sendo vítima de maus tratos por parte dos tutores.

Intervenção na Universidade Jean Piaget

Esta atividade foi realizada no mês de Junho (dia 4), numa turma de Ciências Sociais, a convite dos alunos, com intuito de esclarecer questões relacionadas com a lei de VBG. Ainda, divulgar o trabalho realizado pelo Gabinete. Aproveitou-se para evidenciar as consequências psicossociais da problemática da VBG, destacando a violência doméstica, por ocorrer no seio familiar.

Inicialmente programada para cinquenta minutos (das 17H30 às 18H20), esta atividade estendeu-se para uma hora e trinta minutos, devido ao interesse demonstrado pelos presentes, relativamente a pertinência no debate do tema.

Foi muito gratificante para a estagiária que, permitiu atestar na prática o aprendizado adquirido ao longo da formação. Também, pelos presentes que se convidaram-na a participar em outras atividades relacionadas, caso ela achar oportuno.

Intervenção na Universidade Lusófona

A semelhança da intervenção efetuada na Universidade Jean Piaget, nesta Universidade, foi realizada uma atividade semelhante, com uma turma da mesma área (Ciências Sociais).

Realizada no dia cinco de Junho, pelas catorze horas e trinta minutos, na supracitada Universidade, esta atividade teve como propósito auxiliar uma aluna do 3º ano, na exposição do trabalho realizado, versando o tema “Violência Baseada no Género”.

Foi tratado o conceito de VBG, suas causas e consequências a nível social, pela aluna das Ciências Sociais. De seguida, passou-se apresentação dos dados estatísticos de denúncias apresentadas ao longo dos últimos anos (após a criação da lei de VBG), exposto pela Estagiária, seguindo de debate pelos presentes. Concluiu-se com a intervenção da Estagiária, que elucidou os presentes sobre as consequências psicossociais do Violência Doméstica e do papel social de cada individuo enquanto membro integrante da sociedade. (anexo VI)

2.3- Criação de “Grupo Reflexivo” para Agressores de VBG

Projeto “Grupo de Inter-ajuda”

A criação de um grupo de inter-ajuda para agressores em Violência Doméstica constituiu-se um projecto aliciente e desafiador para a estagiária.

O projeto teve a duração de sete meses (Novembro a Maio), com encontros quinzenais, sendo as actividades levadas a cabo no Centro de Desenvolvimento Social da Ribeira Bote, na “CAPS-AD” e foram subdivididos em quatro fases, a saber:

1ª Fase

Teve a duração de dois meses (Novembro e Dezembro), onde procedeu-se a recolha de subsídios, análise e tratamento de dados dos agressores.

2ª Fase

Com duração de dois meses, (Janeiro e Fevereiro), fez-se a angariação de meios (humanos e materiais), realização de pré teste para análise de critérios de exclusão.

3ª Fase

Realizado de Março a Maio (três meses), com prorrogação de duas semanas, para balanço e fecho do grupo. Durante esse período, realizou-se um leque de actividades psicopedagogicas, com a presença de diversos convidados para exposição de temas, versando conteúdos relativamente ao conceito de género, sexo, sexualidade, papeis de homens e mulheres na sociedade (no passado e presente), a lei de violencia baseada no género, formas de resolução de conflitos e a comunicação como principal ferramenta no sucesso da relação entre casais. (ver anexo a descrição das sessões). Nas sessões deu-se a partilha de experiência entre os participantes, desconstruiu-se muitas crenças irracionais relativas a situação de VBG.

4ª Fase

Compreendido entre Junho a Julho, para balanço e divulgação de resultados, conforme anexo.

2.3.1-Apresentação do “Grupo Reflexivo”

Nome: Grupo Reflexivo – “ Homens Contra a Violência”

Instituição: Gabinete de Apoio à Vítima da Esquadra do Mindelo do Comando Regional da Polícia Nacional de São Vicente

Facilitadores:

- Joana Costa (Facilitadora)
- Gabriel Delgado (co- Facilitador)
- Vandira Brito (Observadora)

Área: Psicologia Clínica e da Saúde

Processo de Trabalho:

- Acompanhamento Psicossocial
- Intervenção Psicopedagógica
- Reflexão

Apresentação

O Grupo Reflexivo “**HOMENS CONTRA A VIOLÊNCIA**” teve por objetivo a realização de atividades (reabilitação) com o fim de trabalhar as questões relacionadas com a problemática da violência doméstica, através do Gabinete de Apoio à Vítima da Esquadra do Mindelo do Comando Regional da Polícia Nacional de São Vicente. A promoção de estilos de vida saudáveis, mormente o treinamento de competências sociais, de modo a intervir em variáveis psicológicas, que frequentemente estão associadas ao comportamento violência e suas consequências através do empowerment e de **ajuda mútua**.

Fundamentação

O projecto foi desenvolvido na cidade do Mindelo – ilha de São Vicente, com o tempo previsto de aplicação de oito meses, desde a 1ª fase até a apresentação dos resultados.

Após análise da problemática em questão, passou-se a identificação de precedências de intervenção comunitária, onde deu-se como prioridade a criação de um grupo reflexivo com teor psicopedagógica, para modificação do comportamento agressivo geradora da violência e consequentemente a prevenção da reincidência e da própria violência.

População-alvo

A população foi constituída por homens agressores de violência doméstica, que tenham sido condenados pelo crime de Violência Baseada no Género (violência doméstica), cuja pena tenha sido suspensa.

Objetivo Geral

Promover a responsabilização dos homens arguidos pelo crime de Violência Baseada no Género e a consecução de condutas positivas no âmbito das relações de Género.

Objetivo Especifico

- i. Combater a Violência Doméstica
- ii. Prevenir a Reincidência
- iii. Enfatizar as interações face a face para aquisição de competências sociais, autoestima, autoeficácia e estabilidade emocional
- iv. Fomentar a intercomunicação, partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências, de forma a adquirirem o *Empowerment* necessário, promotor de mudanças internas para melhor seus relacionamentos interpessoais.

Justificação

O projeto surgiu com a necessidade de uma equipa funcional que dê atenção aos perpetradores de violência doméstica, tendo como meta a mudança do comportamento

violento para prevenção da reincidência, neste caso, um grupo que intervém em casos com tendência a cristalização, através da ajuda mútua. **A prevenção da Violência é a prioridade.**

Metodologia

A metodologia utilizada será o método expositivo e dinâmicas de grupo, reflexão.

Resultados Almejados

No final, esperava-se que os presentes tivessem adquiridos competências pessoais e sociais que lhes permitissem cumprir os seguintes parâmetros:

- Capacidade de auto gerenciamento (assertividade);
- Elevação do Auto-controlo (dialogar com os estados internos)
- Elevação da Auto-estima (regular os estados emocionais)
- Conhecimento e Afirmação de si (desenvolver a capacidade de auto-observação e autorreflexão)
- Sair dos padrões estereotipados e criar novas narrativas de si, novos modos de compreender e conduzir a própria vida.

Resumo das atividades com o “Grupo Reflexivo”

A criação do Grupo reflexivo veio na sequência de experiências no atendimento da Técnica de Atendimento as Vítimas do GAV, onde constatou que muitos agressores que procuravam o Gabinete (como vítimas), após transitado em julgado do processo (denúncia).

Vendo que o comportamento da vítima em tornar-se ela própria em agressora, decidiu-se pela criação de uma instância onde se possa analisar a conduta por detrás do comportamento de violência e auxiliar agressor e vítima no processo de recuperação, através da ajuda mútua.

Iniciou-se numa primeira fase com a recolha de dados, para seleção da amostra pretendida, onde utilizou-se entrevista e observação para análise dos critérios de exclusão (não ser consumidor de substâncias, ter idade inferior à 17 ou superior à 61 anos, não ter escolaridade mínima obrigatória), passou-se a entrevista semiestruturada para compreender até que ponto os agressores possuíam a consciência de si e dos seus comportamentos.

Na fase seguinte, procedeu-se a entrevista por questionário, para avaliar o padrão de consciencialização do comportamento de violência e estereótipos de comportamento. Neste processo, verificou-se padrões estereotipados de comportamento, enraizadas na cultura, com crenças e valores “aprendidos” no meio social e familiar. Verificou-se que essas crenças e valores legitimavam de forma subjetiva o comportamento de violência dos mesmos.

Na terceira fase, deu-se início das atividades com o grupo “Homens contra a Violência” no dia vinte de Março, no Centro Social da Ribeira Bote, sede do CAPS-AD, por volta das dezasseis horas e trinta minutos, conforme previamente estabelecido.

No primeiro encontro, procedeu-se a apresentação dos elementos, acolhimento das dúvidas, inquietações e expectativas em relação ao grupo reflexivo. Elaborou-se o acordo de convivência (pontualidade, assiduidade, uso telemóvel, as conversas paralelas, o respeito pelas opiniões dos outros, o sigilo do grupo), mediante recolha de subsídio dos participantes, sob a orientação dos facilitadores. Ainda, fez-se um breve apanhado sobre temas que para eles seriam pertinentes serem trabalhados no grupo.

Na segunda sessão, trabalhou-se as questões de género, para compreensão dos modelos de masculinidade e feminilidade. Falou-se das construções socioculturais e históricas do passado e presente na atribuição dos papéis do homem e da mulher. Destacou-se a necessidade de rever as relações entre homens e mulheres, Fez-se menção dos homens incrementarem nas suas vivências cotidianas, as questões da vida privada habitualmente exclusivas, em nossa sociedade ao universo feminino. No final fez-se o balanço da atividade.

Terceira sessão, a pedido dos membros do grupo, os facilitadores trabalharam o tema “poder e violência”. Através da dinâmica “eu tenho uma história pessoal”, mediante

técnica de relaxamento realizado pela facilitadora, os membros do grupo partilharam as suas experiências pessoais vivenciadas até então, destacando as negativas e as positivas, evidenciando o poder nas relações e suas consequências. No final fez-se o balanço e era bem visível a satisfação dos mesmos ao se espelharem nas experiências dos outros.

Na Quarta sessão, contou-se com a presença de uma convidada, a Dra. Dionára Anjos, Advogada e uma das autoras da Lei de VBG, onde se falou sobre Género, igualdade de género, conceito de homem e de mulher e o papel do homem e da mulher na sociedade contemporânea. O tempo foi muito limitado para o interesse que demonstraram no tratamento do tema. O balanço da sessão ficou para o próximo encontro.

Na quinta sessão, iniciou-se com o balanço da sessão anterior, seguidamente passou-se a troca de opiniões sobre a lei de VBG. No momento seguinte, procedeu-se a intervenção do Jurista, Dr. Vital Moeda, Procurador da Comarca de São Vicente, que falou sobre a lei de VBG e os Direitos Humanos. A atenção dada ao tema foi notório e no final, ficaram por esclarecer questões de ordem pessoal, com os processos relacionados com eles. Solicitaram a presença deste mesmo convidado mais uma vez mas, tal não foi possível devido ao fator tempo.

Na sexta sessão, trabalhou-se o tema “ estratégias resolução de conflitos”, reforçando o tema anterior (violência na relação e estratégias de resolução de conflito). Contou-se com a presença do Sr. Zeferino Duarte, Oficial das Forças Armadas de Cabo Verde, Professor e Formador em Mediação de Conflitos, que trabalhou o tema supracitado, reforçando a intervenção feita anteriormente pelas facilitadoras.

Sétima sessão, visualizou-se o filme “Minha vida de João”, para consolidar o tema género e papéis de género. Falou-se sobre a paternidade e a família, destacando os cuidados que estes devem ter com os filhos. No final fez-se um pequeno balanço dos encontros realizados até ali.

Na oitava e última sessão, trabalhou-se a comunicação na relação, como forma de fechar as atividades enfatizando a comunicação como principal instrumento na resolução de qualquer conflito interpessoal. Este tema foi abordado pela Dra. Roza Elina Pazos.

Finalizando, fez-se o balanço dos encontros e recolha de subsídios para avaliar se os objetivos anteriormente traçados foram alcançados.

Dificuldades

As dificuldades encontradas na criação do grupo foram várias. De início, deparou-se com questões de ordem cultural, visto que na nossa sociedade, não se está habituada á encontros de grupos, o que causou alguma relutância nos primeiros contatos.

Outro obstáculo foi a selecção dos participantes, que ao se avaliar os critérios de exclusão (ser consumidor de substâncias, não ser arguido por crime de VBG com pena suspenso, ter idade inferior a 18 anos e superior a 60), viu-se na posse de um número muito reduzido de homens agressores que cumpriam os requisitos previamente estabelecidos.

A angariação de meios materiais também foi um obstáculo superado com a colaboração dos responsáveis da CAPS-AD, e apoio da Câmara Municipal que disponibilizaram algum material didático e o espaço físico necessário.

Vencidos esses constrangimentos, passou-se a prática das atividades, onde o maior obstáculo a vencer foi a conciliação dos horários, para se chegar a uma união entre os facilitadores, os homens arguidos e os convidados. Para ultrapassar esse obstáculo, tivemos que perder um elemento.

2.4 - Apresentação dos Resultados do Grupo Reflexivo

Trabalhar com o grupo foi uma experiência enaltecadora. Ao longo dos três meses, a cada encontro realizado, via-se as transformações (forma de comportar-se, expressões faciais, forma de se comunicarem) que se operavam no seio de cada elemento e no grupo.

De início, constatou-se vários estereótipos de género que foram trabalhados no seio dos mesmos nos encontros seguintes e no final, verificou-se que as ideias enraizadas já não se faziam sentir, pela mudança de vocabulário que se operou.

A maioria dos elementos que constituiu o grupo vinha com ideias preconcebidas de que a lie de VBG protegia as mulheres e não a igualdade nas relações entre homem e mulher.

Este conceito foi desmontado e, no final verificou-se que é possível desconstruir representações sociais e construir novos modelos.

Houve muito empenho e dedicação por parte de cada elemento integrante do grupo, tendo os mesmos cumpridos na íntegra o contrato (acordo de convivência) previamente estabelecido.

Dois dos elementos tiveram que ficar pelo caminho, por razões de ordem pessoal, mas, disponibilizaram a integrarem-se em atividades semelhantes oportunamente.

Pode-se concluir que, os objetivos preconizados foram alcançados. Porém, devido ao curto espaço de tempo que se trabalhou com os mesmos, torna-se necessária uma avaliação periódica para averiguar os resultados a médio e longo prazo.

Os elementos mostraram-se disponíveis em continuarem com o grupo, sob a orientação dos facilitadores, o que foi acordado.

2.5- CASUÍSTICA

Ao longo do estágio foi desenvolvido para além dessas actividades, atendimento psicológico, para avaliação psicológica, intervenção e aconselhamento, remetendo para o anexo IX.

CAPÍTULO III.

APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASOS

3.1- Justificação da escolha dos casos

A escolha do primeiro caso prende-se pelo facto de a agressora ser o primeiro caso atendido pela estagiária dentro do Gabinete. Ainda pelo facto de mostrar-se disposta a modificar o seu comportamento para o bem da sua família.

O vínculo terapêutico foi estabelecido de forma muito positivo e sólido, facto que contribuiu de forma significativa para as mudanças psicológicas que se foram verificando ao longo do processo.

O segundo caso veio na sequência do primeiro, por ele ser uma vítima masculina não muito habitual na nossa sociedade, queria-se conhecer que varias psicológicas e sociais são desencadeadas quando a vítima é homem e ainda pelo facto de ambos serem parceiros numa relação de casal, entendeu-se que para melhores resultados de avaliação e intervenção trabalha-los juntos no contexto de psicologia seria mais proveitoso.

O interesse primordial em trabalhar os dois casos, foi o de investir para além dos conhecimentos aprendidos ao longo da formação, dedicando-se e empenhando-se em engaja-los no processo terapêutico enquanto indivíduos e levando-os a se auto descobrir enquanto seres sociais e pessoas individuais unidas por laços íntimos. Ainda, dota-los de estratégias psicológicas para ultrapassarem a crise vivenciada no momento e enfrentarem de forma positiva os possíveis constrangimentos futuros inerentes a uma vida em comum.

3.2- Apresentação do Primeiro Caso

3.2.1- Fundamentação Teórica

Depressão e Depressão Reativa

A depressão reativa surge por fatores estressores e psicossociais causadores de grande tensão e dor emocional pela (perda ou decepção) de algo ou alguém ligada a pessoa. Ocorre em resposta a um factor estressor e os sintomas podem variar de pessoa para pessoa, dependendo das circunstâncias do ocorrido, dos recursos internos e externos do sujeito, do modo de enfrentamento do problema. A depressão propriamente dita é a perda de objecto

(que se acompanha sempre como se sabe de uma perda narcísica). E a perda é acompanhada de sentimento de culpa. Citando Coimbra de Matos, “o que se verifica nos doentes com depressão não é a perda- por morte ou retirada – de objectos (pessoas) significativos, mas sim o ambiente familiar disfuncional e conflituoso com perda ou retirada do afeto pelo sujeito por parte dos objetos significativos, isto é, a perda do amor das pessoas e não a perda das pessoas (a primeira caracteriza-se o luto e a segunda a depressão).¹

Segundo este mesmo autor, “não há depressão sem culpa e sobretudo sem inferioridade, (...) o sintoma patognomónico da depressão é a *baixa* auto-estima, (...)”.

O diagnóstico da depressão reativa é feito quando o sujeito emite uma resposta desajustada a uma situação geradora de grande tensão emocional, (perda de um ente querido, divórcio, instabilidade financeira, aparecimento de uma doença grave), onde o individuo reage de forma desajustada em relação ao facto ocorrido, causando prejuízo ao seu bem-estar.

A resposta a essas situações - estímulos, varia de indivíduo para indivíduo, podendo provocar vários danos como:

- i. **Inibição Psíquica** - onde o individuo sofre uma perda de prazer total ou acentuada por atividades anteriormente consideradas prazerosas.
- ii. **Estreitamento do Campo Visual** – A desmotivação generaliza-se, conduzindo a pessoa a um estado de desinteresse, impedindo-o de realizar tarefas simples e rotineiras. Nada parece fazer sentido e a energia escasseia.
- iii. **Sofrimento moral** – A pessoa tende a ver-se sistematicamente de forma negativa.

A redução da auto-estima traduz-se em sentimentos de inferioridade que, por oposição, vê os outros como superiores a si.

Além disso, em muitos casos a tensão emocional manifesta-se através das alterações repentinas de apetite e peso corporal, sentimentos de culpa, dificuldades de concentração, perturbações do sono, planos e tentativas de suicídio. A apatia e a ansiedade passam a ser

¹ - António Coimbra de Matos. (2001). *A Depressão*, Lisboa, Climepsi Editores. (p.16)

uma constante (ao contrário do que acontecia antes), implicando grandes constrangimentos no dia-a-dia.

3.2.2- Modelos de Compreensão da Depressão

Para a compreensão das perturbações mentais, neste caso a depressão recorre-se a três abordagens, a nosológica ou categorial, sindrómicas e dimensional/funcional.

i. A abordagem nosológica

A abordagem nosológica da doença concebe as perturbações mentais como entidades isoladas e separáveis. Apresentam uma certa semelhança, mas a maior parte das entidades assim distinguidas é completamente heterogéneo e parece consistir numa variedade de estados que diferem em relação à sintomatologia, evolução, resultados e resposta ao tratamento.

ii. A abordagem Sindrómica

A abordagem sindrómica caracteriza a fenomenologia da perturbação e reconhece um certo número de conjuntos de sintomas isolados. Mas, raramente essas síndromes aparecem isoladas e de forma completa, surgindo muito mais frequentemente de modo incompleto e juntamente com outras síndromes (incompletas).

iii. Abordagem dimensional/funcional

Nesta abordagem o estado mental anormal é dissecado nas suas partes componentes, os sintomas psicopatológicos. Fornece um quadro padronizado e verdadeiramente científica de um estado mental anormal.²

3.2.3- Acontecimentos de Vida, Estrutura de Personalidade e Depressão

A estrutura da personalidade é um fator decisivo para a determinação do impacto emocional que os acontecimentos de vida exercem na pessoa e da sua duração.

A maioria das pessoas é capaz de lidar adequadamente com a adversidade. Elas absorvem o choque, as incisões profissionais e sociais são de curta duração, as recordações

² - Herman M. van Praag, Stress, o Cérebro e a Depressão, (p.21-30)

dolorosas são ignoradas, aceites como tal ou transformadas numa experiência enriquecedora e as cicatrizes que permanecem não causam incapacidade. A capacidade auto-reguladora da maioria dos indivíduos é espantosa (Van Praag, cit. in Van Praag, Kloet e Van Os, 2005).

Porém, existem outras, que tornam-se prisioneiros do passado, não vivenciam o presente e adotam uma visão muito pessimista do futuro, caindo na depressão.

Os fatores genéticos, familiares-ambientais influenciam a exposição à acontecimentos de vida. Pode-se verificar a sua veracidade nos chamados acontecimentos de vida dependentes, isto é, acontecimentos de vida que resultam, pelo menos em parte, do comportamento do próprio sujeito, neste caso os sintomas depressivos pródromicos ou características da personalidade que predispõem tanto para a depressão como para a exposição a acontecimentos de vida (Kendler e col., cit in Van Praag, Kloet e Van Os, 2005).

Segundo Kendler e Karkowski-suman, (cit. In Van Praag, Kloet e Van Os, 2005), os fatores genéticos e os fatores ambientais podem atuar independentemente, e não de forma coletiva, sobre o risco de exposição a acontecimentos de vida traumáticos.

Já, Eves e col., cit pelos mesmos autores, referem que a valência depressogénica de (certos) acontecimentos de vida, por exemplo, varia e é fortemente influenciada pelos traços de personalidade e muitos deles encontram-se parcialmente sob controlo genético. Isto foi demonstrado quanto a traços como neuroticismo, a extroversão e a abertura à experiência.

3.2.4- Depressão, ansiedade e agressividade: o conceito de co-morbilidade

Segundo Van Praag, Kloet e Van Os, (2005), o conceito de co-morbilidade é um produto típico do modelo nosológico da doença, de acordo com o qual a patologia mental se pode subdividir em entidades isoladas e separáveis, chamadas perfurações. Na ausência de dados claros sobre a causalidade, uma perturbação define-se em termos de sintomas, evolução, resultados e, se possível resposta ao tratamento. A alegada separação das perturbações mentais permite que várias perturbações sejam diagnosticadas ao mesmo doente e ao mesmo tempo.

Citado Van Praag, referido pelos mesmos autores, o termo co-morbido é usado em sentido puramente descritivo e destituído de suposição relacionais. Como tal, ele parece um termo cómodo para evitar os problemas de diagnóstico referido e as questões levantadas pelo entretecimento das perturbações da ansiedade e do humor.

Pini e col., (cit. In Van Praag, Kloet e Van Os, (2005), referem que sujeitos com depressão relatam muitas vezes sentirem-se ansiosos, sem justificarem um diagnóstico de perturbação de ansiedade “certificado” pelo DSM e, inversamente, doentes com uma perturbação da ansiedade sentem-se deprimidos, sem por isso sofrerem de depressão permanente.

Na mesma linha, referindo-se à Van Praag e col., (1986), elucidam que, as perturbações de agressividade não são uma categoria reconhecida pelas taxonomias da psiquiatria atual e, assim, não existem dados disponíveis sobre os sintomas de perturbação de agressividade. Contudo, as perturbações da regulação da agressividade são uma componente frequente das perturbações de humor. A agressão pode ser dirigida para o interior, manifestando-se como autodenegrimiento ou como suicidalidade, ou pode ser dirigida para o exterior com sintomas como irritabilidade, irascibilidade, impaciência e explosões de cólera.

3.2.5- A Relação entre o ambiente familiar e a Depressão

O ambiente familiar é tido como o espaço de aconchego, onde o indivíduo se “esconde” dos desprazeres da vida, sendo assim, quando o contrário ocorre, ele pode desempenhar um papel desencadeador da reação ansio-depressiva, que está directamente ligada a um desacordo conjugal, mudança significativa no seio familiar, perda de entes queridos entre outros.

3.3- Identificação da Paciente

Nome: Maria de Oliveira (nome fictício)

Idade: 43 anos

Data de Nascimento: 24/12/1972

Sexo: Feminino

Escolaridade: 4ª Classe de instrução

Residência: zona suburbana desta ilha

Número de Filhos: 4

Número de Sessões: 18

3.3.1- Motivo da Consulta

Em decorrência dos conflitos conjugais, resultando em humor deprimido, instabilidade emocional, agressividade, ideação suicida, ambivalência afectiva, ciúme patológico, sofrimento psíquico, desencadeado pela descoberta um dia antes do casamento, da infidelidade do marido, tendo este episódio resultado no cancelamento do acto.

Com isso, deu-se início aos conflitos e violência física, psicológica e verbal, da paciente para com o parceiro.

No desenrolar dos conflitos e violência, levou o parceiro a procurar o Gabinete de Apoio à Vítima da Esquadra Policial do Mindelo, visto este estar no limite psicológico, para suportar as agressões da parceira e temer partir para a violência também. Tendo acolhido a queixa, deu-se o início do processo de Avaliação Psicológica do casal, na modalidade individual inicialmente.

3.3.2- Antecedentes Pessoais e Familiares

M.O, é um indivíduo do sexo feminino, de 43 anos de idade, natural da ilha de São Nicolau, com residência numa zona suburbana desta ilha.

Proveniente de uma família humilde, com baixo rendimento económico, Maria é a primogénita dos 9 irmãos, sendo 5 masculinos e 4 femininos.

Na infância refere-se não ter ido ao Jardim, não ter interagido com crianças da sua idade, no meio onde cresceu, porque o pai não deixava os filhos saírem a rua para brincarem com outras crianças. A escola era o único local onde tinha contacto com outras crianças, mas os momentos de brincar eram escassos devido as demandas académicas.

Não desfrutou a adolescência, porque segundo ela, desde muito cedo (aos 14 anos), teve que ir trabalhar em casa de parentes (serviçal), para ajudar os pais na criação dos irmãos.

Disse ter orgulho no que fez para ajudar a família, pois considera a união familiar fundamental para o desenvolvimento integrado dos seus membros.

3.3.3- Situação Atual

M. O. possui 4 filhos, dois deles ainda menores (fruto do relacionamento actual) e dois maiores (fruto de um relacionamento anterior), vive em casa alugada, em união de fato com o companheiro. Dos filhos maiores, um já construiu a sua própria família na sua ilha natal (São Nicolau), o outro reside com eles, contribuindo nas despesas do lar.

3.3.4- Observação Psicológica

M.O. apresentou-se na primeira consulta receosa. Após o esclarecimento feito pela estagiária sobre o serviço prestado no Gabinete, nomeadamente o atendimento psicológico, ela mostrou-se aberta ao diálogo, extrovertida e cooperante. Teve um discurso coerente, bom contato visual, dando livre curso a dor que à consumia.

Durante a entrevista a paciente dispôs-se em responder todas as questões colocadas. Começa por dizer que esta não é a primeira vez que procura ajuda psicológica para os desentendimentos entre ela e o marido. Que, a primeira vez foi sozinha à procura de ajuda e que ao fim de quatro encontros foi-lhe perguntada se já sentia melhor ou se desejava continuar com os encontros, ao que ela respondeu que se sentia melhor, finalizando o processo com indicações de voltar ali se ela precisasse. Mas quando começou a sentir-se mal de novo, não voltou a procura de apoio psicológico, porque não se sentiu à vontade.

Explica que vive com o parceiro há cerca de 20 anos. Conheceram-se numa outra ilha onde todos eram visitantes e trabalhadores. Naquela época ela já tinha os dois primeiros filhos, fruto de um relacionamento anterior. Que, durante 3 anos, relacionavam-se muito bem, até o momento em que vieram viver em São Vicente, onde sentiu que não foi

bem recebida pela família do companheiro e, dali em diante vários foram os problemas vivenciados por eles.

Destaca a infidelidade do parceiro, que, segundo ela não é a primeira vez que ocorre mas, dessa vez, ela sente que o caso (relacionamento extra conjugal) foi mesmo sério.

Disse ter vivido em Portugal durante quase cinco anos (2010 à 2014), trabalhando para ajudar na educação dos filhos, e vinha visitar a família anualmente. Em Maio de 2014, voltou definitivamente para selar o casamento com o parceiro, tendo preparado tudo para o ato cerimonial que aconteceria no final do mês de Junho.

Nas vésperas do casamento, ela descobriu numa mensagem no telemóvel do parceiro que, este tinha uma relação extra-conjugal. Que, desde então, desorganizou-se emocionalmente e psicologicamente e não pensava em outra coisa a não ser vingar-se do marido.

Disse que, já não sentia vontade de viver e muitas vezes pensava somente em desaparecer (suicidar-se), para castigar o parceiro por ele ter-lhe feito sofrer tanto assim.

Referiu-se que em casa, não sentia vontade de fazer nada, nem os afazeres domésticos mais básicos, como preparar as refeições para a família conforme o costume, limpar a casa, apeteceu-a somente ficar deitada na cama por dias e dias.

Tendo apresentado episódios de isolamento, com vários (4/5) dias acamada, sem vontade nem para beber água e que nessas situações o parceiro mostra-se um pouco preocupado com ela mas, era o filho mais velho quem lhe dava algo para se alimentar.

Queixava-se de sentir palpitações no coração, algumas dificuldades para conciliar o sono e de acordar muitas vezes em pânico (medo de que a situação se repita), apresentando-se um quadro de insónia. Que, quando isso ocorria, demorava algum tempo para voltar a adormecer.

Ela apresentava-se nas sessões sempre nervosa, mexendo as mãos, demonstrando algum sentimento de insegurança.

Disse que apesar de tudo ainda amava o companheiro e muitas vezes já se questionou sobre o “porquê desse sentimento” (sic) (ambivalência amor/ódio) que ela não entendia, pois queria mesmo era odiá-lo.

Com o decorrer das sessões a paciente foi-se mostrando mais calma e aceitando melhor os seus sentimentos.

Passado o momento da dor, houve necessidade de se explorar a forma como ela lidava com factores extressores (locus de controlo interno e externo) para despiste de ideias suicidas. Naquele momento da avaliação psicológica, não identificou-se indicadores de pensamento suicida no procedimento dela, talvez por já se ter trabalhado os portões da dor, através de técnicas de relaxamento e apoio psicológico.

Na sessão de confronto, demonstrou-se ressentida e culpada pelo facto de ela estar-se negando atenção e cuidados aos filhos, quando estava exigindo exatamente o mesmo do parceiro.

Aproveitou-se para aprofundar um pouco a esfera afetiva onde constatou-se que ela apresenta características de personalidade dependente pois, referia sentir-se emocionalmente bem somente quando o companheiro achava-se presente. Que, quando o mesmo se ausentava quer para trabalhar (demorando um pouco), visitar familiares ou amigos, ela sentia-se mal e tinha que telefonar por diversas vezes para que ele pudesse voltar e se ele não voltasse logo ela ficava nervosa e começa a entrar em pânico. Que, quando ele chegava, a mesma não conseguia controlar os impulsos e partia para a agressão física, verbal e psicológica.

No decorrer das sessões, sentia-se que ela atribua muito valor ao processo terapêutico, chegando sempre alguns minutos antes da hora e comparecendo a todas as sessões. Observava-se alguma ansiedade em cada encontro e de certo modo algum desejo de mudança. O comprometimento com a mudança pessoal foi fundamental para o sucesso atingido tanto na esfera pessoal, como familiar e social.

No final da avaliação ela mostrou-se muito grata para com a Psicóloga, tecendo vários elogios e agradecimento dizendo sentir-se ter saído do "buraco sem fundo, onde havia metido" (sic).

3.3.5- Técnicas Utilizadas na Avaliação Psicológica

As técnicas utilizadas foram a entrevista psicológica e observação psicológica, complementadas com provas psicológicas que serão desenvolvidas mais abaixo.

Entrevista psicológica

Com base nos estudos, Pendinielli e Rouan, (cit. In Cyssau 2005, p. 51) designa a "entrevista psicológica" como:

"Uma prática de aquisição e de transmissão de informação verbal que pode ter como referência diferentes modelos (sistêmicos, cognitivos, psicanalíticos, existenciais...), irrigados por diferentes correntes de pensamentos. (...) Na maioria dos correntes psicológicas a entrevista é definida como um ato de comunicação, quer dizer, como uma troca de palavras com outras pessoas (uma ou mais no caso de uma entrevista de grupo). Esta troca supõe uma transmissão simbólica (a linguagem) mas não se resume a esta, uma vez que o "não-verbal" (gestos, prosódia, posturas...) tem a sua importância."³

Observação psicológica

A observação psicológica é um instrumento largamente utilizado nas Ciências como a Psicologia, para obtenção de informações referentes ao observado. É uma técnica que permite obter dados fidedignos sobre o comportamento humano, nas suas interações, que através de outros instrumentos não seria possível.

Citando Gil (1999), a observação é a base de toda investigação no campo social, e pode ser utilizada em qualquer nível de complexidade da investigação científica.

³ - Catherine Cyssau. (2005). *A entrevista em Clínica*. Climepsi Editores. Lisboa (p.51)

De acordo com Selltiz, wrigstman e Cook (1987), o que diferencia a simples observação, fenómeno quotidiano, daquela com uma finalidade científica é que esta ultima possui uma finalidade conhecida de antemão e atentamente buscada.

Enquanto método de coleta de informações, a observação é versátil, e pode ser utilizada isoladamente ou ser conjugada a outras técnicas de coleta de dados Gil 1999).

Na Psicologia Clínica, uma grande contribuição da observação é a possibilidade de fornecer elementos que sejam também indicativos de perturbações psicológicas (comportamentos estereotipados, posturas, entre outros), bem como fornecer elementos normativos de comportamento face a demanda.

3.3.6- Escolha e descrição das provas utilizadas na Avaliação psicológica

Após a entrevista psicológica e a observação, fez-se a aplicação de testes psicológicos como o *Big Five*, os Dez Desejos e o Rorschach, para compreensão dos dados obtidos nas sessões realizadas semanalmente.

No ***Big Five***, conhecido como “Modelo dos Cinco Factores”, o objectivo foi de conhecer os traços da personalidade da paciente, através do método compreensivo, tendo em conta os seguintes itens: Escrupulosidade, a Extroversão, o Neuroticismo, a Amabilidade e Abertura para a mudança e ainda a forma como a paciente lida consigo mesma e com os outros.

Os **Dez Desejos**, que objectivou identificar o entusiasmo da paciente em direção a um fim considerado por ela, como uma fonte de satisfação, seja consciente, inconsciente ou reprimida. O desejo pode ser do componente afetivo do estado fisiológico ou psicológico da pessoa. Optou-se por aplicar a técnica, visto ela ter apresentado ideias suicidas, queria-se explorar as suas expectativas presente e futuras, para ver até que ponto as ideias suicidas poderiam efectivar-se em actos suicidas. Aliada ainda a baixa auto-estima, níveis elevados de ansiedade, resistência a mudança que se fazia sentir no uso da técnica.

O teste de **Rorschach** finalizou o processo de recolha de dados sobre a estrutura da personalidade da paciente, nas suas diversas vertentes, permitindo uma análise integral dos elementos recolhidos pelos testes e técnicas anteriores. Foi muito útil a utilização desse

teste, na medida em que, permitiu-se ter acesso ao mundo interno do sujeito, conhecendo um pouco mais a dinâmica da sua personalidade, explorando as suas emoções e os seus conflitos dominantes.

3.3.7- Resultado e análise dos Testes Psicológicos

Na entrevista em profundidade realizada na terceira sessão, apresentava-se revoltada com a traição do parceiro, sofrimento psíquico, esgotamento emocional, agressividade, raiva, insónia, palpitações, pânico, crenças irracionais (relacionadas ao comportamento do marido e de si mesmo “eu não consigo perdoá-lo”, “ele não vai mudar”, ele é mentiroso”, desanimo (vazio na alma), culpabilização pela traição (por ter estado imigrada por 5 anos, vindo visitá-los anualmente, percebendo a sua ausência como uma oportunidade para o marido envolver-se em outros relacionamentos) ambivalência (dúvida em continuar na relação e medo de separar por causa dos filhos), com uma perda acentuada de interesse por atividades consideradas por ela anteriormente como prazerosas.

Passado o período de comprometimento emocional, procedeu-se a aplicação dos testes psicológicos, com a finalidade de investigar campos relacionados à personalidade, percepção do relacionamento conjugal, afetividade/emoções.

O Big Five

O Neuroticismo ou instabilidade emocional – naquela variável revelou-se tendência para exprimir emoções negativas, como raiva, ansiedade ou isolamento, ciúme patológico, necessidade de controlo constante do parceiro, insegurança constante, o que levava-a a ser emocionalmente instável, explicando o seu quadro depressivo reactivo. Devido ao alto grau de neuroticismo, demonstrou ser emocionalmente reactiva e vulnerável ao *stress*. As dificuldades na regulação emocional podem diminuir a sua capacidade para pensar claramente, tomar decisões e lidar de forma apropriada/assertiva com o *stress*, tal que, nos momentos em que ela se sente contrariada, fica raivosa e reage com violência, agredindo o parceiro e fazendo o uso de palavras chocantes com a finalidade de o atacar psicologicamente e emocionalmente.

A Extroversão - as características extrovertidas de personalidade apresentada demonstra a sua necessidade de procura de estimulação e companhia dos outros (parceiro

neste caso, que o culpabiliza de não a elogiar, a necessidade de este estar sempre presente e na sua ausência, ela isola-se não prestando cuidados e atenção aos demais, chegando ao ponto de ser negligente no que diz respeito aos cuidados prestados ao filho de 10 anos. Este estado emocional compromete os seus relacionamentos interpessoais, passando de estados de extroversão a introversão.

A Amabilidade- na esfera da amabilidade, apresentava ser “não-amigável” pondo o interesse próprio acima da boa relação com os outros. O seu cepticismo acerca dos motivos dos outros fá-la ser desconfiada, evidenciando tal traço nas diversas entrevistas realizadas e no teste, cujo foco da desconfiança, prendia-se ao seu parceiro (**já sei que ele está me traindo de novo, sei que ele esta mentindo para mim, já o conheço**) e necessidade de o controlar constantemente. Ainda, revelou-se ser pouco cooperativa nas relações familiares e sociais.

A Escrupulosidade – Neste, destacou a falta de autodisciplina (escrúpulo), demonstrando ausência de controlo de impulsos, o que faz com que ela seja espontânea e impulsiva na sua reacção em vez de planejar, controlar e dirigir os seus impulsos, isso explica a origem das agressões físicas e psicológicas ao parceiro e a dificuldade em controlar o ciúme patológico.

A Abertura para a Experiência – Nesta variável, ela apresentou pouca abertura para experiências novas, tendo respondido à variável que media este item (p.7) de “Completamente de acordo”, ou seja “Não gostar de aventuras e correr riscos”. Demonstrou preferência para interesses convencionais, simples e óbvio, ao complexo e subtil, o que reforçava a sua resistência a mudança, reforçando ainda mais a sua dependência no relacionamento, com ênfase na ansiedade da mudança e perda.

Os Dez Desejos

No teste dos Dez Desejos, apercebe-se pela análise da técnica aplicada, que a paciente apontava como prioridade a sua **auto-recuperação**, pelo que pode-se dizer que tinha consciência de si e criticava o estado em que se encontrava. Também, constatou-se prevalência de desejos inconscientes, necessidade de reconhecimento por parte do marido. Este desejo antecedia outros, igualmente importantes, na caracterização e avaliação

psicológica do sujeito, como o amor que nutria pela família. Sentia necessidade e evidenciou o desejo de conseguir alcançar a harmonia da sua família, principalmente no que tocava ao melhoramento da relação do marido e os dois filhos frutos do seu relacionamento anterior, facto esse que ela escondeu do marido (existência de um dos dois filhos), sendo a verdade descoberta meses depois, tendo o acontecimento influenciado no relacionamento do casal e os enteados.

O Rorschach

Da aplicação, cotação e interpretação mediante uso do Programa de Assistência de (RIAP), versão 5 observou-se, características agressivas nas pranchas 2, 3 e 8. Na 2 e 8 observou-se violência física e verbal (sangue e agressão), na prancha 3 observou-se sangue e ferimento, coração a sangrar (sofrimento). Verificou-se impulsividade na resolução de conflitos (em vez de analisar soluções possíveis, recorre-se a ações alternativas, como agressão física, psicológica e verbal). Observou-se escassos canais para expressões afectivas, resultando em dificuldades consideráveis para lidar confortavelmente e de forma eficaz com situações emocionais/afectivas, demonstrando descontrolo em situações de *stress* e desorganização quando confrontado com situações de intensas expressões de afeto.

O seu apego a convicções rígidas, fruto do estilo educativo recebido na infância, (não lhe era permitida interagir-se com outras crianças, a privação de vivenciar experiência infantis, a tornou numa pessoa rígida, pouco expressiva), tornou-a uma pessoa com pensamentos inflexíveis e resistentes a novas informações ou mudanças. Por ser uma pessoa muito rígida, raramente muda as suas opiniões e suas perspetivas sobre si mesma ou eventos da sua vida. Essa inflexibilidade difícil de alterar poderá entravar o progresso na psicoterapia.

Observou-se que a paciente utiliza a internalização para lidar com o desagradável, como os sentimentos (isolamento, alterações da vontade abolida, perda de interesse aos cuidados pessoais e eventos do dia a dia), incorporando-os dentro de um quadro de representações de referência (cujo objetivo é chamar a atenção do parceiro), para a intensidade das suas emoções distantes e protege-la do sofrimento (revelando o suso de

mecanismos de defesa (introjecção). Essa forma não assertiva de lidar com os sentimentos torna-a susceptível a episódios de depressão.

Apresentou pouca capacidade de análise profunda das experiências vivenciadas, o que pode levá-la a chegar a conclusões superficiais, tomando medidas irrefletidas, tendendo a prejudicar-se em relação aos objetivos que pretende alcançar. Podemos constatar isso na crise conjugal, com episódios de agressão física, emocional, na maioria das vezes da parte dela para com o parceiro.

Evidenciou pouca capacidade de formar impressões precisas em relação a si mesma e aos outros, o que provavelmente a fará interpretar mal as ações e intenções dos outros, o que dificulta a sua capacidade em antecipar as consequências das suas ações e reconhecer os limites do comportamento adequado em várias situações, comprometendo o seu ajuste psicológico e comportamental, revelando ser extremamente impulsiva.

Verificou-se incapacidade de experimentar e exprimir sentimentos de forma positiva, evidenciando esforço defensivo no sentido de manter as emoções fora da sua vida. Devido, as dificuldades em expressar as suas emoções, ela está sujeito a episódios de distúrbio afetivo, suscetíveis de desenvolver depressão, fato esse que foi evidenciado pelos episódios de isolamento, desespero sofrimento psíquico.

Esses episódios poderão leva-la a sofrimento de baixa tolerância ao estresse e autocontrole limitado.

Evidenciou-se que a paciente esta com dificuldade de dirigir a atenção em si mesma, podendo experimentar baixa auto estima, e as suas ideias negativas em relação a si mesma, podem variar de descontentamento a auto-aversão.

Demonstra ser uma pessoa insegura, que não tem confiança nas suas capacidades e julgamento, e que pode ficar na defensiva em situações interpessoais, o que limita a sua capacidade de estabelecer vínculos estreitos com outras pessoas. As suas amizades e relacionamentos amorosos tendem a ser emocionalmente distantes, não facilitando o contacto visual e físico, o que torna os seus relacionamentos com os outros de forma agressiva e distante.

3.3.8- Correlação entre os resultados

Existe uma forte conexão nas características de personalidade com traços neuróticos “agressiva” entre os dados colhidos na entrevista em profundidade, a observação e os testes de *Big Five*, Dez Desejos e Rorschach. Pode-se verificar essa correlação quando a paciente assume as atitudes de violência física, verbal e psicológica para com o companheiro, durante a entrevista. No Big Five, ao discordar totalmente da afirmação “Eu não me irrita com facilidade”, ou completamente de acordo no item “Se alguém grita comigo, respondo gritando”, demonstrando o alto grau de neuroticidade. Ainda no Rorschach, nas pranchas 2, 3 e 8 ao ver agressividade com sangue. O ciúme patológico, a necessidade constante de controlar o marido, a dependência emocional desta para com o parceiro, com comportamento marcadamente impulsiva, reforça ainda a hipótese da personalidade com traços neuróticos.

Evidenciou-se ideias ruminantes, fruto do seu apego rígido a convicções anteriores e resistência a novas informações, derivado dos canais fechados por ela apresentado. A externalização apresentada (necessidade de resposta do meio), e a necessidade de reconhecimento constante pelo parceiro, para se sentir valorizada e se auto afirmar-se.

A insegurança foi um sintoma evidenciado durante todo o processo de avaliação, baixa tolerância, níveis elevados de *estress* desencadeadas por episódios de esgotamento emocional, levando por um lado a isolar, negligenciando os hábitos higiênicos, cuidados físicos e vontade abolida, por outro lado respondia agressivamente (verbal, psicológica e física) em situações de conflito com o parceiro, externalizando a sua raiva e angústia.

O fato do parceiro ter formação média (professor do ensino básico) e de ela ter a 4ª classe, de uma forma dinâmica foi construindo um complexo de superioridade nela (com inversão de papéis), expressada através do uso de aumento da tonalidade da voz quando dirigiu ao parceiro, postura agressiva. Muitas vezes o parceiro deixa libertar frases do tipo “se eu tivesse casado com uma pessoa do meu nível as coisas seriam diferente” de uma forma direta ou indirectamente não só reforçam a sua insegurança como também a leva usar outros canais para não se sentir inferior do parceiro (vestuário, acessórios, atitude, autoritarismo na relação conjugal).

3.4- Compreensão do Caso

Analizando a história de vida da paciente desde a sua infância até ao estado atual, verificou-se uma ferida narcísica presente, fruto de uma infância “adulterada”, onde rapidamente se viu na obrigação de assumir responsabilidades e papéis ainda mal estruturadas. A idade de 14 anos (altura em que ela foi trabalhar para ajudar a família), ficou marcada por uma adolescência anormal, por ser um momento chave no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, momento esse que ela não pôde vivenciar. Marcada por uma fase de perdas (imagem de criança) por um lado e ganhos por outro (imagem de moça/mulher), instalando-se uma “crise”, de identidade e de identificação, que gera um processo de luto e depressão. Essa fase “passageira” marca o progresso pessoal, como a formação da identidade que pouco a pouco vai se construindo mediante ganhos de maturidade, responsabilidade, identificação, reconhecimento do “eu”, entre outros.

A paciente ao sofrer uma rotura nessa fase, passando imediatamente a fase “adulta”, juntando a infância restritiva em que viveu, desenvolveu um apego inseguro (esquivo), tornando-se num adulto com uma personalidade instável e emocionalmente dependente, por não desenvolver um sentido sólido de identidade.

A “traição do marido” num momento muito importante para ela (casamento), despoletou sintomas latentes da sua personalidade (raiva, instabilidade emocional, insegurança), que forçaram o portão da dor, levando a um estado de esgotamento e falta de controlo total, gerando um quadro depressivo.

De acordo com Turk e colaboradores (cit.in Ogden 2004), uma maior autoeficácia relativa à dor, podia ser um fator importante na determinação do grau de perceção da dor.⁴

Portanto, a falta de autoeficácia e autoestima, fazem dela uma pessoa dependente, precisando dos outros “do parceiro” para se ligar a si mesma. A busca de aprovação dos outros de forma desesperada, faz com que ela sofra grande sentimento de vazio, o que levou-a ao desespero perante uma situação de rotura eminente da relação.

⁴ - Ogden J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores (p320).

A depressão é a perda/baixa da pressão anímica, traduzindo-se por diminuição da energia psíquica e vital, da libido, da motivação e do interesse pelo real. O seu sintoma patológico é o abatimento, desânimo, desaceleração ou abrandamento, não a tristeza, que é mais típica do luto.⁵

A grande sensação de vazio interno e o sentimento de que não vale o suficiente, faz com que ela se sinta na necessidade de uma pessoa ao seu lado, para lhe valorizar e lhe aprovar e quando não é aprovada e recompensada neste sentido, esta mais sujeita a frustração. Esses traços fazem com que ela se vincula de forma submissa a uma ou duas pessoas, significativas (o parceiro e o filho). Na possibilidade de ausência dessas figuras, sente-se na solidão e no isolamento, ficando aterrorizada, reagindo agressivamente ou isolando, dando indícios de traços de personalidade histriónica (marcada pela necessidade de querer chamar atenção e de ser o centro das atenções do parceiro).

A ferida narcísica derivada do apego inseguro desenvolvido na infância, leva-a a se supervalorizar, sobrevalorizando as suas próprias necessidades em detrimento das necessidades dos outros.

Estas características narcísicas, baseadas no senso de direito, levam a uma tendência a externalização da culpa e responsabilidade.

Estas características têm prejudicado o desenvolvimento de um equilíbrio entre uma preocupação saudável com a própria integridade e a integridade dos outros, o que tem contribuído para uma relação interpessoal problemática e perspetivas irrealistas sobre o sucesso e o fracasso, tudo isso com forte impacto no seu relacionamento conjugal e familiar.

3.5- Hipótese Diagnóstica

➤ Depressão Reativa

Feita a análise e compreensão do caso, poder-se-á dizer que a Maria apresenta um quadro de Episódio Depressivo Moderado, aliado a características de personalidade histriónica.

⁵ - Praag H., Kloet E., Os J., (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa, Climepsi Editores (p.21)

O diagnóstico da depressão reactiva surge quando há uma **resposta desajustada** a uma situação geradora de grande tensão emocional. Assim, a perda de um familiar, um divórcio, a instabilidade financeira, infidelidade ou o aparecimento de uma doença grave, são estímulos suficientemente intensos e capazes de estar na base da manifestação desta forma de depressão. Entende-se por resposta desajustada uma reacção emocional intensa, compreensível (à luz dos acontecimentos vividos), mas desproporcional, quer no sentido qualitativo, quer no sentido quantitativo.

Esta reacção pode incluir:

- **Inibição psíquica** – A perda de prazer é, provavelmente, a consequência mais incompreensível da depressão, na medida em que afasta a pessoa deprimida de todos os seus focos de interesse.
- **Estreitamento do campo vivencial** – A depressão conduz quase sempre o doente ao desinteresse em relação a actividades até aí facilmente concretizáveis. A desmotivação generaliza-se, impedindo-o de realizar tarefas simples e rotineiras. Nada parece fazer sentido e a energia escasseia.
- **Sofrimento moral** – A pessoa tende a ver-se sistematicamente de forma negativa. A redução da auto-estima traduz-se em sentimentos de incompetência e de inferioridade. Indiferente aos comentários e à avaliação de quem está à sua volta, o paciente deprimido subvaloriza-se em todas as áreas da vida – deixa de olhar para si mesmo como um profissional competente, um familiar emocionalmente capaz, uma pessoa bonita ou válida. Por oposição, vê os outros como superiores a si.

Com a avaliação psicológica constatamos, que a paciente evidenciou um quadro de depressão reativa, desencadeada, pela descoberta da traição do marido um dia antes do casamento, fato esse, resultado na anulação do mesmo. Com isso despoletou uma resposta desajustada embora compreensível, com descarga emocional de grande intensidade e duração, que a levou a isolar por dias, com abolição da vontade (lazer, hábitos higiénicos, cuidados para com ela, os filhos e a família e alimentação), choro frequente, com redução da auto estima, sentido de culpa (auto- culpabilizava pela traição do marido, pelo fato de ela ter ausentado quase 5 anos (a viver em Lisboa) acreditava ser essa a razão da

infidelidade do parceiro), dificuldades de concentração, perturbações do sono (insónia), ideias suicidas. A apatia e a ansiedade passaram a ser uma constante (ao contrário do que acontecia antes), implicando grandes constrangimentos na dinâmica familiar.

3.6- Intervenção Realizada

Devido ao alto grau de sofrimento emocional da paciente e à vontade de ambos (ela e o parceiro) em continuarem na relação, fez-se intervenção psicopedagógica, para aliviar o sofrimento e elucidar no delineamento de novas estratégias para melhor lidar com as suas emoções, como forma de melhorar a interacção consigo e com o parceiro e enfrentamento de situações estressores, susceptíveis de provocar-lhe raiva e ressentimento.

A intervenção realizada efectivou-se num processo terapêutico breve, com oito sessões, conforme anexo VII.

3.6.1- Técnicas utilizadas na intervenção

Relaxamento – A técnica de relaxamento utilizada desde início do processo terapêutico, visou estabilizar a situação emocional da paciente motivada pelo seu sofrimento psíquico.

Cadeira Vazia – No decorrer do processo, devido a carga emocional excessiva e a predisposição ansio-depressiva da paciente, utilizou-se a cadeira vazia para permitir o ventilar dos fantasmas que a atormentavam. Aquela sessão durou mais do que o habitual (1h45 minutos), sendo que uma hora e meia foi afligida por ela (falou sem parar durante esse tempo). Os quinze minutos, dedicados ao resumo da sessão. No final, era visível a mudança no semblante dela, tendo a mesma manifestada sentir-se como se “nasceu de novo”.

Confrontação – Por ter observado durante o processo de avaliação, a intervenção com a técnica da cadeira vazia o uso de externalização da culpa da paciente de forma consciente e auto censura inconsciente (internalização), utilizou-se o confronto situacional, para que a paciente pudesse tornar explícito o sentimento de culpa que de certa forma evitava a acometia, para que pudesse compreender melhor as suas emoções e traçar estratégias para melhor lidar-se com elas.

Código animal- sendo uma técnica que leva o indivíduo a reflectir os seus padrões de comportamento, optou-se por utiliza-la, tendo a paciente identificado com o animal (leão), justificando que tem de atacar para proteger as suas crias, neste caso os filhos, fazendo uma análise com informações expostas na entrevista, ajuda-nos a compreender melhor a sua atitude (de leoa, rigidez) quando quer proteger o filho maior (fruto de um relacionamento anterior) levando por vezes a criar conflitos entre ela o parceiro, e do parceiro para com o seu enteado.

Clarificação – Após confrontar a paciente com a dinâmica situacional que levou-a ao estado de esgotamento psicológico, focalizou-se nos fenómenos psicológicos pelas quais ela deu mais destaque, como as ideias irracionais, “ ainda bem que m’tem nhe fij motch que te ajudam que nhes fith, el ca ta substituib como pai, ma um tem certeza qu’el te ajudam”, “bos irmão e tud uns ordinário moda bo” (sic), relacionados com o parceiro, prejudiciais a relação de ambos.

Reflexão/Valorização/Análise – com estas técnicas pretendeu-se que a paciente reflectisse sobre as suas acções levadas a cabo e analisasse a forma como encara os membros da sua família e a si mesma. Analisar a atribuição de papéis (pai/filho/irmão), para melhor valorização de cada membro integrante.

Para outras intervenções, remete-se para a intervenção do casal (item 2.5).

3.7- Proposta de Intervenção

Propõe-se a Psicoterapia Sistémica para ajuda-la na reestruturação da identidade perdida e reorganização/idealização do objecto, isto é, processar uma inversão do processo patológico.

3.8- Apresentação do caso II

3.8.1- Fundamentação Teórica

Vinculação Afetiva

A Vinculação afetiva é um factor fundamental na elaboração da personalidade de qualquer indivíduo.

O conceito de vinculação em Psicologia refere-se, às procura dirigidas as figuras específicas, ou seja a relações afectivas específicas. Assim, vinculação é a tendência que os indivíduos têm para procurar a presença ou testar a proximidade de membros da mesma espécie.

Desenvolvido pelo psicólogo inglês John Bowlby, a teoria do vínculo afectiva, entende o crescimento da criança como resultado da relação que ela mantém com os pais.

Bowlby desenvolveu a teoria do apego, para compreender como os seres humanos interagem e por que algumas crianças crescem felizes e autoconfiantes, enquanto outras crescem ansiosas e deprimidas e outras, ainda, emocionalmente frias e anti-sociais.

Segundo Bowlby, a vinculação é uma necessidade primária vital como a água, o sono e a comida. Ela emerge da interacção mãe-bebé, ajustando-se ao longo dos primeiros meses de vida. Um bebé que se sente protegido terá muito mais hipóteses de se tornar um adulto seguro de si e, capaz de amar e de se sentir amado.

Não só a quantidade mas também a qualidade do contacto mãe-bebé nos primeiros contactos também é de capital importância.

A vinculação inicia-se a partir das respostas dadas pelos adultos, que permitem estabelecer as interacções sociais. A função da primeira vinculação é a da sobrevivência, não física, mas como vivência e aquisição aquilo que é específico da espécie humana, e isto só acontece através da relação interpessoal onde se cria e se constrói relações afectivas entre seres humanos e através da qual se estabelece a capacidade de relação interpessoal.⁶

Segundo Bowlby, (cit. In. Rodrigues e Chalhub, 2010)⁷, o comportamento de apego é considerado uma classe de comportamento social de importância equivalente à do comportamento de acasalamento e do parental e pode persistir na vida adulta. Este mesmo

⁶ - Disponível em [http://www.infopedia.pt/\\$vinculacao](http://www.infopedia.pt/$vinculacao). (Consultado em 26/06/2015)

⁷ - Disponível em <http://www.botucatu.com.br/portal/anexo>. (consultado em 03/07/2015)

autor categorizou o apego em três modelos – seguro, inseguro (esquivo) e ambivalente – e ponderou que no estabelecimento de um modelo de apego seguro há uma vinculação afetiva tranquila na infância com a principal figura de apego, enquanto que no apego inseguro, geralmente, ocorre uma ameaça contínua à acessibilidade da figura de vinculação, e por fim, no modelo de apego ambivalente, existe uma dificuldade de manter relacionamentos duradouros e comprometidos por causa da baixa autoestima em detrimento da deficiência de continuidade na relação de apego, produzindo um sentimento de solidão.

2.4.3- A Vinculação e os Estilos Educativos Parentais

Segundo Weber, Viezzer e Brandenburg (2004) a vinculação da punição corporal com a disciplina vem sendo transmitida ao longo de muitas gerações como verdades inquestionáveis, consideradas modelos a serem seguidos pelos pais na educação de seus filhos.

Este comportamento que envolve a utilização da força física na educação, muitas vezes está relacionado ao estilo parental adotado.

Citando Darling e Steinberg (1993), numa revisão histórica do conceito de estilo parental, incluído críticas e mudanças, propõe o estilo parental como o contexto onde os pais influenciam seus filhos através de práticas de acordo com suas crenças e valores, indo além da combinação entre exigência e “responsividade”, cria um clima emocional que se expressam os comportamentos dos pais, incluindo práticas parentais e outros aspectos da interação pais-filhos que possuem um objectivo definido, como tom de voz, linguagem corporal, descuido, mudança de humor.

Os etilos educativos parentais se encontram divididos conforme proposto por Baurind (Cecconello; Antoni, D.; Koller H.S. 2003) que se caracterizam como:

Estilos Permissivos – Inclui muito cuidado, mas poucas exigências de maturidade, controle e comunicação.

Estilos autoritários – incluem muito controle e exigência na maturidade, mas pouco cuidado e comunicação.

Estilo Competente – inclui níveis elevados de quatro dimensões sendo elas:

- i. Carinho ou cuidado
- ii. Níveis de expectativas que ela descreve em termos de exigência de maturidade
- iii. Clareza e consistência nas regras
- iv. Comunicação entre os pais e os filhos

Levando em conta a literatura especializada, pode-se afirmar que a criança que tenha boa relação com as figuras de apego (mãe, pai, outros cuidadores) no início da vida, cresce com uma expectativa de vida positiva e tem melhores habilidades para se relacionarem e desenvolvem um vínculo com as pessoas na infância, adolescência e assim sendo, na vida adulta.⁸

3.8.3- Identificação do Paciente

Nome: José de Pina (nome fictício)

Idade: 52 anos

Data de Nascimento: 30/06/1972

Sexo: Masculino

Escolaridade: Bacharel em Ciências da Educação

Residência: zona suburbana desta ilha

Número de Filhos: 3

Número de Sessões: 14

3.8.4- Motivo da consulta

⁸ - Disponível em <http://psicologado.com/atuacao/psicologia-da-familia/praticas-educativas-estilos-parentais-e-vinculacao-estudo-do-apego-no-contexto-familiar> © Psicologado.com (Consultado em 26/06/15)

Em decorrência dos conflitos conjugais, resultando em esgotamento psicológico, sofrimento psíquico, ruminação, auto-censura, conflito interno, sentimento de culpa, angústia, causados por episódios de violência física, psicológica e verbal, da sua companheira para com ele, originado pela descoberta um dia antes do casamento, da infidelidade dele (relação extraconjugal) para com a parceira, tendo este episódio resultado no cancelamento do acto e deu início aos conflitos no relacionamento.

No desenrolar dos desacordos e violência, o parceiro procurou o Gabinete de Apoio à Vítima da Esquadra Policial do Mindelo, em busca de auxílio, visto estar-se sentindo no limite psicológico para suportar as agressões da parceira e temer partir-se para a violência também. Tendo acolhido a queixa, deu-se início do processo de Avaliação Psicológica do paciente.

3.8.5- Antecedentes Pessoais

Proveniente de uma família patriarcal, com um rendimento médio, José é o primogénito dos 8 irmãos, sendo 6 masculinos e 2 femininos.

Refere-se não ter ido ao Jardim de infância e de não ter interagido com crianças da sua idade, no meio onde cresceu, porque o pai não deixava os filhos saírem a rua para participar das brincadeiras com outras crianças. A escola era o único local onde tinha contacto com outras crianças, mas os momentos de brincar eram escassos devido as demandas académicas.

Não vivenciou a adolescência igual a um adolescente normal, porque segundo ele, desde muito cedo (aos 15 anos), teve que ajudar o pai (na loja da família), para contribuir com o sustento da casa.

Aos 30 anos, não estando satisfeito com a vida que levava, teve que aventurar-se para a vida de ensino (professor), tendo feito o bachelato e foi trabalhar fora da sua ilha natal.

Tendo conhecido a atual parceira nessa ilha, num momento que ele considerou difícil, por estar-se a passar por algumas dificuldades, nomeadamente económicas e estar-se longe da sua família de origem.

Que mal se conheceram e passaram a viver juntos, como forma de suprimir as lacunas existentes (economica e familiar).

Que, ela lhe contou que tinha apenas um filho, 4 meses depois de estarem a residir juntos, ficou sabendo ao remexer nos pertences dela) que tinha dois filhos e não um como ela havia dito. Isso gerou mal estar entre eles mas, tendo ultrapassado posteriormente o acontecido.

Diz ter sido uma pessoa saudável até a idade dos 40 anos, altura em que defronta com uma crise de hipertensão arterial, que julga ser hereditário, pois o pai é hipertenso. Que desde então vive sobe controlo médico e medicamentoso.

3.8.6- Situação Atual

Vive em casa alugada, com a companheira, dois filhos de ambos, de 15 e 10 anos de idade e o enteado (filho da companheira), de 25 anos que comparticipa nas despesas domésticas.

Como professor, dedica seu tempo preparando os trabalhos escolares e a prática de actividade física. Não comparticipa nos deveres domésticos, porque segundo ele, os filhos podem viciar.

3.8.7- Observação Psicológica

José apresenta-se na primeira consulta com ar jovial, com um discurso coerente, sem contacto visual, aparentemente nervoso, denotado pela tremura da voz (taquilalia) e das mãos.

Durante a entrevista o paciente dispõe em responder todas as questões colocadas, demonstrando um discurso-defensivo/resistente.

Ele explica que vive com a parceira há cerca de 20 anos. Conheceram-se numa outra ilha onde todos eram visitantes e trabalhadores. Nessa época, ele já tinha um filho, fruto de um relacionamento anterior.

A parceira já tinha dois filhos (em outra ilha), fruto do relacionamento anterior, mas ela lhe deu conhecimento de apenas um, tendo descoberto a existência do outro meses depois.

Referiu que, ao confronta-la, ela respondeu que só não disse a ele (da existência dos dois filhos), por medo deste não lhe querer pelo facto de ela ter dois filhos (medo da perda do amor objectal).

Disse ter-se chateou-se com ela mas, depois perdoou-a e continuaram juntos.

Contou que, mais tarde vieram viver para São Vicente, ela trouxe os filhos para junto deles e foi então que a relação deles mudou muito, uma vez que aquela não permitia que o mesmo tomasse parte na educação das crianças (na altura com 5 e 3 anos). Que, pelo facto de ela não se dar bem com a família dele pesou na deterioração da relação entre eles.

Relatou que, arrependeu-se de ter continuado a relação depois de descobrir que a parceira o tinha mentido e agora que o filho já está crescido ela quer troca-lo “colocar o filho a frente dele, dando-lhe poderes que são seus”.

Revelou sentir-se angustiado e culpado, por ter-se envolvido numa relação extraconjugal e desejo de voltar a ver sua família unida de novo mas, não sabia como.

A resistência marcante dos primeiros encontros **“ainda tenho que voltar”**, **“quantas vezes ainda tenho que vir cá”**, **“é necessário que eu venha”** (sic.), parecia comprometer todo o processo terapêutico, mostrando-se necessário o reforço do *setting* terapêutico no quarto encontro.

Na sessão dedicado ao confronto e esclarecimento, ficou patente as características narcísicas da sua personalidade (supervalorização pessoal e externalização da culpa e responsabilidade), ao se referir não estar ciente da necessidade de ele ser submetido ao processo, uma vez que ele se considerar uma pessoa passiva e que só foi ali (Gabinete de Apoio à Vítima) para evitar conflitos. A dificuldade de vinculação demonstrada face a relação terapêutica advém da dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais estreitas e duradouras. Daí ter-se trabalhado o reforço positivo para vincular a relação.

No encontro seguinte, notou-se mudanças positivas (postura corporal mais descontraída), ausência de taquilalia (tremura na voz), maior cooperação nas respostas. No fim da sessão, ele referenciou que viu estar equivocado ao pensar que só a parceira carecia de comparecer no processo pois, agora via a necessidade de ele melhorar algo em si mesmo.

A mudança apresentada demonstrava a capacidade de auto análise e autocrítica presente na sua personalidade que, leva-o a adaptar-se com alguma facilidade as novas circunstâncias.

Disse ter consciência de que poderia estar sendo muito egoísta ao não dedicar parte do seu tempo para programas com a família, o que de certa forma poderia ter pesado no agravamento dos conflitos entre ele e a parceira.

Referiu-se que quando via o passado, pensava não ter feito a melhor escolha da vida e que se pudesse voltar atrás (regressão), não a construiria família com uma parceira que já tivesse filhos de outra relação para evitar fontes de conflito.

Alegava não ter planos de vida futura porque o tempo passa e vê-se que não vale a pena ter planos pois os sonhos morrem com o passar o tempo.

Disse desejar que tudo voltasse a ser como antes e que ele o filho da sua companheira passasse a vê-lo como um pai que ele é para ele, porque foi ele (paciente) quem, lhe deu base para ser o homem.

Com o decorrer das sessões ele foi-se mostrando mais comunicativo e espontâneo, queixou-se de ter dificuldades em adormecer e ao acordar no meio da noite (insônia), ter dificuldades em voltar a adormecer (aquele acontecimento ocorria com frequência de dois a três vezes na semana, com duração de duas ou três horas, durante a noite). Que, anteriormente (6 meses atrás) tinha mais dificuldades mas actualmente (1 mês) sentia-se que estava melhorando.

Afirmou que, ainda amava a parceira e se pudesse mudar o passado evitava que ela sofresse, ou seja teria feito diferente. Que, só não contou a companheira da relação para evitar conflitos mas, agora via-se que tinha feito a pior escolha.

Assegurou que, para ele a família estava em primeiro lugar, apesar de tudo e que gostava que voltassem a ser felizes, com a parceira confiando nele de novo.

Referiu-se considerar ser uma pessoa ansiosa e que devido a esse facto ficava nervoso quando era contrariado mas, não agia agressivamente e em caso de aumento de tensão preferia abandonar o local (sair de casa) como forma de mitigar o conflito.

Disse ter explicado o facto à companheira mas, ela já não confia nele (sic) e isso aborrecia-o e o seu maior desejo era que ela voltasse a confiar no mesmo.

Falou sobre as ocasiões em que a parceira esteve ausente (Portugal) e de como ele e o filho dela davam-se melhor. Disse que foi difícil para ele aguentar a casa e os filhos enquanto ela achava-se ausente e que brigavam muito por telefone, o que lhe fazia ficar confuso em relação aos dois e que só envolveu na relação extra conjugal para suprimir necessidade de afecto que a parceira não demonstrava mesmo estando longe.

Referiu que na sua infância recebeu educação rígida do pai e que não foi habituado a afazeres domésticos, pelo que sentia alguma dificuldade em participar nos arranjos da casa, conforme a parceira exigia.

Mencionou que muitas vezes esforçava-se para acompanhar a família nos programas de fim-de-semana porque sentia na obrigação mas, para ele não fazia muita diferença.

Ao longo do processo de avaliação, após ter-se reforçado o *setting*, José foi-se entregando aos poucos permitindo o acesso ao seu mundo intrapsíquico.

Observou-se muita rigidez na elaboração do *self*, porém José revelou flexibilidade, boa capacidade de adaptação em relação a mudanças.

Por ele se apresentar emocionalmente distante, fechado em si mesmo, foi necessário utilizar estratégias de reforço positivo para ajuda-lo no processo evolutivo.

3.9- Técnicas utilizadas na Avaliação Psicológica

3.9.1- Escolha e descrição das técnicas

A entrevista psicológica e a observação versarão recolha de dados para melhor compreensão da dinâmica de personalidade do sujeito.

Diante das dificuldades apresentadas pelo paciente em objectivar os seus anseios conscientes e inconscientes, utilizou-se o teste dos Dez Desejos, para otimizar os principais anseios do mesmo e conhecer a ordem pela qual ele organiza-os.

O teste de Rorschach, finalizou a recolha de dados sobre a estrutura da personalidade do paciente, nas suas diversas variáveis permitindo uma análise integral dos elementos recolhidos pelos testes e técnicas anteriores. Foi muito útil a utilização desse teste, na medida em que permitiu-se ter acesso ao mundo intrapsíquico do sujeito, a dinâmica da sua personalidade, explorando as suas emoções e os seus fontes de conflitos dominantes.

3.9.2- Resultado e análise das provas

Através da entrevista em profundidade realizada na quinta sessão, constatou-se que o paciente possui, falta de habilidades sociais para comunicação interpessoal, devido a vinculação afetiva deficitária e a falta de habilidades na resolução de conflitos internos e externos, apresentando uma postura rígida, distante e pouco afetivo no seu relacionamento com a parceira (negligencia um abraço, um elogio a parceira, não demonstra qualquer ato de ternura, conforme observou-se e foi evidenciada na entrevista com esta) é distante no relacionamento com os filhos e enteados e tem poucos amigos.

Os Dez Desejos

Neste teste, ficou muito claro a dificuldade do paciente em externalizar as suas emoções, desejos e afectos, sendo que a primeira reacção ao lhe ser dada as intrusões do teste foi de espanto e admiração, verbalizando o seguinte: “dez desejos ..., parece-me demais. Deixa-me pensar. (3 mn pensando). Fui apanhado de surpresa. Quando se é jovem tem-se muitos desejos. Mas agora muitos desejos ficaram para trás.”

Era visível o seu estado de inquietação e resistência ao teste, tendo demorado toda a sessão para transcrever seis desejos.

Durante o teste o Paciente evidenciou os seguintes comportamentos: morder lábios, rigidez muscular, nervosismo, tremor nas mãos, sem comunicação visual.

No final, disse sentir-se emocionado (olhos cheio de lágrimas) e ao mesmo tempo frustrado, por não conseguir exteriorizar os seus desejos e ver que muitos deles já não podem ser realizados, devido a idade. Tendo externalizado que já nesta altura da vida seus desejos prendem-se com, a esfera familiar como: desejar ver os filhos crescerem saudáveis, responsáveis, paz entre ela e a parceira, saúde, longa vida para a familiar, ter casa própria para deixar aos filhos, saúde até a idade da reforma. Denotando frustração por até agora não ter alcançado estes objectos.

Com o teste verificou-se que o mesmo possui fraca capacidade de abstracção, baixo conceito de si, dificuldades em lidar com os próprios sentimentos e emoções, o que torna difícil a externalização os mesmos, revelando ainda, uma visão pessimista do futuro.

O Rorschach

Verificou-se necessidades narcísicas, que leva o paciente a ter dificuldades em estabelecer e manter relações interpessoais estreitas e duradouras. Esta dificuldade leva-o a tornar-se preocupado com as suas próprias necessidades em detrimento das necessidades dos outros, dando evidências de externalizar a culpa e responsabilidade.

Observou-se falta de reforço positivo, a partir do ambiente, o que poderá contribuir para o desenvolvimento de uma posição com fraca interação social.

Evidenciou-se atitudes egocêntricas, introspetivo, (presta muita atenção em si mesmo) e supervalorização dos seus atributos, o que leva a um comprometimento psicológico, a respeito de si próprio (superioridade) em relação aos outros.

Denotou-se excessiva autoconsciência (excessivamente consciente), o que leva a ruminação (autoinspeção) sobre aspetos de si mesmo ou ações dele mesmo, que considera

indesejável. Por ser excessivamente auto- consciente, apresenta alguma dificuldade em relaxar-se e ser ele mesmo de forma natural.

Verificou-se sentimento de autocritica persistente, e baixa auto-estima (vê o futuro com pessimismo, frustrado por não ter conseguido concretizar os seus sonhos quando era mais novo e agora vê o fator idade como um obstáculo), sentimentos de insatisfação pessoal, que podem variar de descontentamento a autoaversão.

Observou-se que a insatisfação pessoal, ruminações sobre suas características indesejáveis podem estar gerando dor emocional substancial e constituem um precursor para a depressão.

Os dados sugerem, que, suas atitudes de auto crítico podem derivar de sentimentos de pesar, culpa ou remorso que são de origem relativamente recente, em vez de baixa auto-estima crónica.

Demostrou-se habilidades pessoais, podendo envolver-se em atividades profissionais ou vocacionais que recompensam seu esforço e ganhar gloria e admiração dos outros. Podendo funcionar confortavelmente e de forma eficaz, (apesar das suas necessidades narcísicas). A não obtenção de afirmação da sua elevada auto valor através de louvor e de sucesso poderá conduzir à frustração, negativismo, racionalização, negação e outros esforços defensivos, para preservar a convicção do seu valor pessoal.

Apontou atitudes negativas e desfavoráveis em relação ao seu corpo e suas funções e atitude disfórica. O auto engrandecimento aparente, com a auto-imagem negativa leva à uma combinação para identificar um padrão de compreensão em vez de um narcisismo.

Observou-se capacidade limitado para formar vínculos estreitos com outras pessoas, podendo não evitar relações interpessoais mas, essas tendem a ser distantes e isoladas, ao invés de próximo e íntimo. As suas relações de amor e amizade são prováveis de ser psicologicamente no cumprimento do braço (distanciamento) em vez de próximo e íntimo, o que pode contribuir para relações interpessoais problemáticas e sentimento irrealista sobre o sucesso e o fracasso.

Sobressaiu atitudes inconscientes e imprevisibilidade em relação ao seu estilo interpessoal, o que pode levar a sentimentos mistos nos outros. A sua natureza fortemente competitiva é mais favorável para impor respeito do que popularidade. Apresenta dificuldades em sustentar relações interpessoais, por ser emocionalmente retraído.

3.10- Compreensão do caso

Analisando a história de vida do paciente, verifica-se que ele é proveniente de uma família patriarcal, onde terá vivenciado um estilo educativo autoritário, com muito controlo e exigência na maturidade e pouco cuidado (manejo de emoções e afecto), com figuras de apego emocionalmente distante, levando-o a desenvolver um estilo de personalidade retraído e frio emocionalmente.

Pode-se verificar a exigência na maturidade, quando o paciente com apenas catorze anos, é colocado para trabalhar na loja da família, na companhia do pai, para ajudar no sustento dos seus membros. Na mesma linha de autoritarismo, vê-se quando em criança, não lhe era permitido tomar parte nas brincadeiras de rua junto com as outras, dificultando ainda mais o seu processo de socialização e desenvolvimento de habilidades sociais.

Sendo a vinculação uma necessidade primária, decorrente dos primeiros meses de vida, resultante da relação mãe-bebe, pode-se considerar que a relação efectiva estabelecida entre ele e as figuras de afecto (mãe e pai), não se consolidou nessa fase, o que o fez tornar-se num adulto inseguro de si e incapaz de demonstrar amar e ser amado.

O distanciamento afetivo do paciente vem prejudicando as suas relações interpessoais e sociais, uma vez que, é na família basilar que se verifica os primeiros vínculos sociais, na infância, que equivale ao acasalamento na vida adulta, ao desenvolver o apego inseguro (esquivo), ele vê-se constantemente ameaçado emocionalmente, ficando em estado de alerta constante, mantendo um distanciamento emocional nos seus relacionamentos.

Devido ao afastamento emocional do paciente, para se “proteger”, ele negligência os cuidados (afetivo) para com os próprios filhos, sua companheira e demais que fazem parte do seu leque social.

Portanto, as fontes de conflito que sucedem entre ele e a parceira, derivam da sua ferida narcísica da infância, por não ter vinculado afetivamente de forma segura com as suas figuras de apego, originando uma instabilidade emocional.

Os indivíduos inseguros terão maior facilidade de se sentirem realizados em tarefas onde não existem muitas pessoas com quem se relacionar e, desta maneira, sentir-se-ão muito mais seguros (tranquilos) nos trabalhos envolvendo trabalho mais direto com objetos do que com pessoas. Portanto, ele se sente tranquilo quando esta preparando os trabalhos escolares ou praticando atividade física, não participando das atividades com a família, porque no fundo, não sabe como fazê-lo, ou seja não sente seguro.

Por ter-se desenvolvido um apego esquivo (inseguro), ele sente necessidade de se afastar, o que não quer dizer que ele não sinta emoções ou não ame, mas sim, evita ou inibe os seus comportamentos.

A manifestação da falta de afeto da parceira (estando ausente no exterior) e as brigas por telefone, traduz a sua necessidade de segurança e medo de ser rejeitado ou abandonado, o que leva-o a envolver-se com uma outra parceira em busca de atenção/apego.

3.11- Hipótese Diagnóstica

➤ Défice de Vinculação afectiva

Os sintomas evidenciados não cumprem critérios para o culminar de uma patologia psicológica mas, evidencia distanciamento nos relacionamentos interpessoais, reforçados pelas deixas da companheira (em que ela sente necessidade de ser abraçada, beijada por este que não o faz e necessidade de sua presença).

O distanciamento emocional está presente na forma como ele se lida com os próprios filhos e com os filhos da parceira, demonstrando ser um pai ausente emocionalmente, o que nos faz levantar a hipótese de ter dificuldades na vinculação afectiva, com repercussões nas competências sociais.

3.12- Intervenção Realizada

Feito a hipótese diagnóstica e havendo necessidade de se trabalhar com os cônjuges, dada a vontade manifesta de se continuarem na relação, fez-se intervenção individual, no

sentido de criar um equilíbrio no funcionamento da personalidade individual, para se poder fazer intervenção no casal. Trabalhou-se assim com o paciente utilizando as técnicas que se segue.

Interpretação da defesa

Fez-se uma primeira intervenção, com o uso da técnica de interpretação de defesa, com o objetivo de mostrar ao paciente os mecanismos de defesa que ele utilizava para lidar com os sentimentos dolorosos envolvidos naquele conflito e, facilitar na compreensão do manejo dos conteúdos manifeste latentes, possibilitando na regressão.

Resistência/Regressão

Trabalhou-se a resistência, para evidenciar a repressão e o sentimento de culpa do paciente, presentes no subconsciente, de forma a torná-los conscientes e tratá-los.

Trabalhou-se o conceito de “eu”, o relacionamento entre mim e “eu”. Focalizou-se as dificuldades que o sujeito enfrenta em lidar-se com os seus próprios sentimentos, o que torna difícil a externalização dos mesmos.

Associação livre

Focalizou-se a criatividade, levando o sujeito a reflectir-se sobre a sua forma de ser e estar na sociedade e no meio envolvente, destacando a família como instância privilegiada para fomentar a criatividade, melhorando as relações interpessoais com os membros constituintes.

Restruturação cognitiva

Trabalhou-se a questão da educação, destacando os modelos educativos regidos transmitidas pela família na infância e da necessidade em remodelar os estilos educativos, através do brincar, para facilitar a comunicação entre o paciente e os filhos do casal e restantes membros da família.

Reforço Positivo

Evidenciou-se aspectos positivos da necessidade de adaptação, abertura para a mudança, sendo que ela (mudança) deve vir de dentro para fora ou seja a primeira mudança deve ocorrer no interior do sujeito e depois para os que o rodeia.

3.13 - Entrevista de devolução

Feita a avaliação dos cônjuges em processo individual, viu-se na necessidade de trabalhar ambos num processo comum, pelo quê se fez a devolução, onde destacou-se os pontos de conflitos do casal (necessidade de dar e receber atenção, precisão na transmissão de mensagens, carência na partilha de momentos a dois) e foi-lhes orientado no sentido de criarem um plano de vida em comum, onde se debaterá o ponto de vista individual os assuntos considerados pertinentes para cada elemento e posteriormente, engaja-los, fazendo um ponto comum, para estabelecer união na relação.

3.14- Intervenção de casal

Concluído a intervenção individual, passou-se ao atendimento do casal, com o objetivo de facilita-los na compreensão do funcionamento individual e auxilia-los no delineamento de estratégias para solucionar as divergências interpessoais.

3.14.1- Técnicas Utilizadas na Intervenção de casal

Feed back

No início do processo foi-lhes solicitado o *feed back* do resultado dos encontros individuais decorridos durante quase seis meses. Foi trabalhado os ganhos adquiridos durante o atendimento individual e as expectativas em relação ao atendimento em grupo (casal). Ambos reconheceram aspetos positivos obtidos no processo individual, como, melhor conhecimento de si mesmo, maior controlo de impulsos, maior auto confiança, *locus* de controlo no manejo das emoções.

Foi exibido o filme “reconstruindo o caso”, onde analisou-se a identificação do casal com a história apresentada.

Os participantes reconheceram-se cada um no seu papel, onde, justificaram os seus comportamentos com os afazeres rotineiros do dia-a-dia, evidenciando o desgaste nas suas relações.

Role-Taking

Posteriormente, fez-se *Role-Taking*, através da Dinâmica do Balão, com o objectivo de levar os cônjuges a colocarem-se no papel do outro, para se aperceberem do quanto o que o parceiro faz ou diz, fere o outro e, com o acumular dos acontecimentos cada um vai se ficando “cheio” até não aguentar-se mais.

Foi trabalhado ainda, a comunicação na relação, o modelo de resolução de problemas e tomadas de decisões, com objectivo de minimizar os focos de conflitos e restabelecer a harmonização na relação entre ambos.

Segundo Christensen e Jacobson (2000), na interacção do casal existem alguns comportamentos desencadeantes de conflitos, denominados de gatilhos. A crítica, a exigência, o acumulo de aborrecimentos e mágoas e a rejeição são eventos que desencadeiam desavenças.

Carey, Wincze e Meiser (1999), referem que, discutir um assunto e desviar para o outro, adivinhar a intenção da declaração do parceiro, por achar que o conhece muito bem, embutir uma queixa em cada resposta dada ao parceiro e reproduzir a mesma discussão, repetidamente, sem progresso ou solução, são situações desencadeadoras de conflitos.

De acordo com McNulty e Karney (2004) as habilidades precisam emparelhar-se com as regras (expectativas, exigências, etc.) que os cônjuges têm a respeito do casamento (união), para evitar fontes de conflitos na relação.

No treino de solução de problemas e tomada de decisão, trabalhou-se formas de negociação directa, com objectivo de promover mudanças nas acções rotineiras (cuidar dos filhos, organizar a casa, orçamento do lar, etc.).

Foram-lhes ensinados de seguida passos formais durante a negociação de uma solução para o problema como:

- i. Definição do problema
- ii. Tempestade de ideias
- iii. Avaliação das propostas (vantagens e desvantagens)

iv. Escolha da solução possível através da negociação

v. Execução prática

Na prática do treino de comunicação, foram evidenciados, para além da comunicação direta, a criação do ambiente seguro; o envio de mensagens claras sobre o que se quer em lugar do que não se quer (comunicação positiva); dar informações claras e precisas; informar em vez de esperar que o outro saiba; eliminar mensagens duplas como “sim, mas”, evitar tom de voz ríspido, entre outros.

3.14.2- Resultados da intervenção de casal

- Estabilização emocional do casal (com maior controlo da emoções)
- Auto- consciencializaram dos seus comportamentos
- Melhor auto- conhecimento
- Ganhos na assertividade
- Ganhos nas competências e habilidades de gestão da crise
- Melhoramento da comunicação verbal e não – verbal (abertura ao diálogo e cuidados em duplos significados na comunicação)
- Mais aproximação e participação familiar (do parceiro)

3.15-Proposta de Intervenção no Casal

Diante das Hipóteses diagnósticas apresentada, onde todos apontam terem origem numa vinculação afectiva deficiente na infância, tendo a parceira desenvolvido uma vinculação ambivalente, que a torna insegura e dependente, tendo como consequência a depressão e o parceiro uma vinculação insegura (esquiva), propõe-se uma intervenção de casal, com base numa abordagem integral, permitindo-os a construção de novas percepções acerca das relações estabelecidas com os cônjuges, dos papéis de género, das divergências individuais que resultam nos conflitos, de forma a superarem a crise conjugal a tornarem a união estável.

CONCLUSÃO

Durante o estágio, tivemos a oportunidade real e concreta de estar em contacto com a diversidade de problemáticas que se pode trabalhar a nível psicossocial.

Nesse período vivenciamos muitos momentos e situações de angústia proveniente da inquietação pela busca do saber.

Pudemos constatar o vasto campo de atuação da Psicologia Clínica e da Saúde, que pode ser integrado em instituições como Policiais, Tribunais, Procuradorias, Serviços Penitenciários, tendo ficado maravilhado e ao mesmo tempo indignado com a visão alcançada, devido a pouca sensibilidade existente nas instituições, mormente a aceitação para a implementação de serviços psicológicos de apoio e estudos.

Fui um período muito gratificante, onde foi possível ajustar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos quatro anos do Curso, com a prática psicológica, desenvolvendo da melhor forma possível os objetivos previstos para o estágio.

Conciliar o meu trabalho como profissional Policial com o estágio constituiu num desafio aliciante, ao mesmo tempo superável, cujos momentos mais marcantes foram as angústias em lidar com duas faces duma mesma moeda ou seja a decadência psicossocial humana.

Durante esse período, realizou-se Avaliação e Intervenção Psicológica, com base em psicoterapias breves, trabalhou-se com grupos sociocomunitários, (ajuda mutua, intervenção em comunidades educativas), fez-se aconselhamento psicológico, realizou-se campanhas de sensibilização psicossocial, o que permitiu uma melhor consolidar dos objetivos preconizados.

Podemos afirmar que, terminamos o estágio com um alto padrão de amadurecimento pessoal, social e profissional, que de outra forma não se poderia alcançar.

Podemos dizer que, estamos melhor preparados para abraçar os desafios que a Psicologia Clínica e da Saúde se nos apresentam enquanto Técnica de Atendimento Psicossocial. Contudo, não terminaremos por aqui, pois, para nós, a grandeza de cada ser humano encontra-se na procura incessante do saber.

Acabamos de adquirir as ferramentas, agora vamos a procura do saber.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro, Zahar Editores S.A.
- Cosmo, H. e McClure N. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Perguntas e Respostas. Lisboa, Climepsi Editoras.
- Cyssau, C. (2005). *A entrevista em Clínica*. Lisboa, Climepsi Editoras.
- Doran, R. e Parot F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa, Climepsi Editoras.
- Exner, J. (1999). *Manual de Classificação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo, Casa do psicólogo-Livraria e Editora Lda.
- Matos, A. (2001). *A Depressão. Episódios de um Percurso em Busca do Seu Sentido*. Lisboa, Climepsi Editoras.
- Matos, A. (2002). *O Desespero. Aquém da Depressão*. Lisboa, Climepsi Editoras.
- Meltzer, D. (1989). *O Desenvolvimento Kleniano; Desenvolvimento clínico de Freud*. São Paulo, Editora Escuta Lda.
- Menéndez, R. (2003). *Clinica Psiquiátrica Basica Actual*. Havana, Editorial Felix Varela.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editoras
- O'Donohue, W., Fowler K. e Lilienfeld S. (2010). *Transtornos de Personalidade, Em Direção ao DSM-V*. São Paulo, Editora Roca Ltda.
- Praag, H., Kloet, R. e Os J. (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa, Climepsi Editoras.

Web Grafia

[http://www.infopedia.pt/\\$vinculacao](http://www.infopedia.pt/$vinculacao)

<http://psicologado.com/psicopatologia/transtornos-psiquicos/depressao>

http://www.psicnet.psc.br/v2/site/dicionario/registro_default.asp?ID=553

<http://pedratoque.blogspot.com/2011/10/depressao-vs-personalidade-depressiva.html>

<http://www.esoterikha.com/coaching-pnl/dinamicas-de-grupos-para-encontros-de-casais-motivacao.php> (consultado em 24/05/2015-as 14H30)